

Schmidt



# Pflege mini Psychopharmaka im Alter

 Springer

## **Pflege mini Psychopharmaka im Alter**

Simone Schmidt

# Pflege mini Psychopharmaka im Alter



Simone Schmidt  
Ladenburg

ISBN 978-3-662-45224-0  
DOI 10.1007/978-3-662-45225-7

ISBN 978-3-662-45225-7 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zu widerhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

**Produkthaftung:** Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin  
Fotonachweis Umschlag: © FotografiaBasica, [www.istockphoto.com](http://www.istockphoto.com)

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer-Verlag ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media  
[www.springer.com](http://www.springer.com)

# Vorwort

Wer das Ziel kennt, kann entscheiden; wer entscheidet, findet Ruhe; wer Ruhe findet, ist sicher; wer sicher ist, kann überlegen; wer überlegt, kann verbessern.  
Konfuzius (551–479 v.Chr.)

## Warum dieses Buch

Aus meiner Erfahrung heraus und aus verschiedenen Studien zeigt sich, dass mindestens ein Drittel der Bewohner von Altenpflegeheimen mit Psychopharmaka behandelt wird, ein großer Teil dieser Menschen auch dauerhaft. Dabei ist die Indikation häufig unklar.

Im Rahmen von Heimbegehung erkundige ich mich regelmäßig bei den Mitarbeitern, warum ein Bewohner Psychopharmaka bekommt. Fast immer lautet die Antwort, dass der Betroffene so unruhig sei. Vielen Mitarbeitern in Pflegeeinrichtungen fällt es jedoch schwer, Unruhe genauer zu definieren oder nach den Ursachen der Unruhe zu forschen.

### ! Cave

Einer der häufigsten Gründe für dieses Problem ist der Zeitmangel in der professionellen Pflege. Es zeigt sich nämlich immer wieder, dass das Hauptanliegen der Mitarbeiter eine optimale Lebensqualität der Betroffenen ist. Ein weiterer Faktor ist die Tatsache, dass Unruhe und Schlafstörungen bei älteren Menschen mittlerweile fast als »normal« betrachtet werden, vor allem dann, wenn kognitive Veränderungen auftreten.

Ein Schwerpunkt dieses Buches sind deshalb Psycho-pharmaka, die bei Menschen mit Demenz oder Verhaltensauffälligkeiten regelmäßig eingesetzt werden.

### Dazu gehören:

- Antidementiva
- Antidepressiva
- Antipsychotika
- Schlaf- und Beruhigungsmittel

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat in einer Veröffentlichung im Dezember 2013 festgestellt, dass das Behandlungsangebot für psychisch Kranke in Deutschland mangelhaft ist. Einerseits werden Krankheitsbilder nicht erkannt, beispielsweise bei der sogenannten Pseudodemenz, einem Krankheitsbild mit typischen kognitiven Veränderungen, das durch eine Depression verursacht wird, andererseits werden Betroffene nicht oder nur unzureichend behandelt.

Dies konnte in einem Faktencheck der Bertelsmann Stiftung bestätigt werden. Hier zeigte sich auch, dass die Wahrscheinlichkeit, unzureichend oder gar nicht behandelt zu werden, mit zunehmendem Alter steigt. Am Beispiel der Depression wurde deutlich, dass 25 % der über 60-jährigen Patienten gar keine Behandlung bekommen und wenn behandelt wird, dann fast ausschließlich mit Medikamenten. Auch wenn über 80 % der älteren Patienten an einer chronischen Depression erkrankt sind, werden nur etwa 10 % der Betroffenen leitliniengerecht behandelt.

Dieses Buch möchte dazu beitragen, psychische Veränderungen besser wahrzunehmen und eine angemessene Reaktion darauf zu ermöglichen.

## Hinweise zur Benutzung

Im ersten Teil des Buches werden allgemeine Grundlagen zum Umgang mit Medikamenten beschrieben sowie die verschiedenen Gruppen von Psychopharmaka mit ihren Untergruppen aufgeführt. In diesen Kapiteln werden für die jeweiligen Substanzgruppen Kontraindikationen, Neben- und Wechselwirkungen, Besonderheiten und Praxistipps erläutert.

Der zweite Teil des Buches beschäftigt sich mit besonderen Problemen von älteren Menschen und insbesondere mit möglichen Alternativen, die dazu beitragen können, eine Medikation mit Psychopharmaka zu reduzieren oder im besten Fall ganz zu verhindern. Dabei werden Inhalte der Leitlinie »Demenzen« der DGPP beschrieben, aber auch andere Möglichkeiten und Veröffentlichungen werden berücksichtigt.

Alle Medikamente und deren Wirkstoffe, die im ersten Teil exemplarisch behandelt werden, sind auch in der ► Präparatelisten aufgeführt. Diese Liste soll dazu beitragen, unbekannte Präparate und Generika schnell aufzufinden, beispielsweise dann, wenn ein Patient neu aufgenommen oder ein Medikament neu angeordnet wird.

- **In der Liste sind alle Wirkstoffe und Präparate dem jeweiligen Kapitel zugeordnet, sodass sie ohne Aufwand schnell gefunden werden können.**

Da das Buch für unterschiedliche Sektoren der Pflege genutzt werden kann, wird überwiegend der Begriff Betroffener oder Patient verwendet.

Es ist mir ein persönliches Anliegen, zu einer Verbesserung der Situation beizutragen, und deshalb hoffe ich, dass Sie in

diesem Buch nützliche Informationen und Tipps für Ihren beruflichen Alltag finden.

Aus diesem Grund freue ich mich auch über jede Art von Rückmeldung und bedanke mich an dieser Stelle auch bei Ihnen für Ihr Interesse an diesem wichtigen Thema.

## **Danke**

Bedanken möchte ich mich bei Frau Susanne Moritz, Frau Ulrike Niesel und Frau Sarah Busch, die mich beim Springer-Verlag begleitet und die Realisierung dieses Buches durch wertvolle Anregungen und die harmonische Zusammenarbeit ermöglicht haben. Für die gute Kooperation während des Lektorats bedanke ich mich bei Frau Sonja Hinte.

Den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen, die ich regelmäßig besuchen durfte, möchte ich meine Anerkennung für ihren unermüdlichen Einsatz, besonders aber für ihre Offenheit in zahlreichen Gesprächen zum Ausdruck bringen.

Nicht zuletzt danke ich meiner Familie für ihre Geduld und Unterstützung, ohne die dieses Projekt nicht möglich gewesen wäre.

**Simone Schmidt**

Ladenburg, Februar 2015

# Präparatelist

Zur besseren Übersicht finden Sie in dieser Liste den jeweiligen Wirkstoff mit dem zugehörigen Medikament und der Kapitelnummer.

Wirkstoff	Präparat	Kapitel
Agomelatin	Valdoxan®	3
Alprazolam	Tafil®	4
Amisulprid	Solian®	5
Amitriptylin	Saroten®	3
Aripiprazol	Abilify®	5
Baldrian	Valdispert®	4
Benperidol	Glianimon®	5
Biperiden	Akineton®	5
Bromazepam	Lexotanil®	4
Brotizolam	Lendormin®	4
Bupropion	Elontril®, Zyban®	3
Chloralhydrat	Chloraldurat	4
Chlordiazepoxid	Librium®	4
Chlorprothixen	Truxal®	5
Citalopram	Cipramil®	3
Clobazam	Frisium®	4
Clomipramin	Anafranil®	3
Clonazepam	Rivotril®	4

Wirkstoff	Präparat	Kapitel
Clozapin	Leponex®	5
Desipramin	Pertofran®	3
Diazepam	Valium®	4
Dihydroergotoxin	Hydergin®	2
Dikaliumclorazepat	Tranxilium®	4
Donepezil	Aricept®	2
Doxepin	Aponal®	3
Duloxetin	Cymbalta®, Yentreve®	3
Escitalopram	Cipralex®	3
Flunitrazepam	Rohypnol®	4
Fluoxetin	Fluctin®	3
Flupentixol	Fluanxol®	5
Flurazepam	Dalmadorm®	4
Fluvoxamin	Feverin®	3
Galantamin	Reminyl®	2
Ginkgo biloba	Gingium®	2
Haloperidol	Haldol®	5
Hopfen	Zirkulin® Einschlafdragées (Komb. Baldrian)	4
Imipramin	Tofranil®	3
Johanniskraut	Laif 900®	3
Lavendelöl	Lasea®	3
Levomepromazin	Neurocil®	5
Lorazepam	Tavor®	4

Wirkstoff	Präparat	Kapitel
Lormetazepam	Noctamid®	4
Lurasidon	Latuda®	5
Maprotilin	Ludiomil®	3
Melatonin	Circadin®	4
Melperon	Eunerpan®	5
Memantine	Ebixa®, Axura®	2
Mianserin	Tolvin®	3
Midazolam	Dormicum®	4
Mirtazapin	Remergil®	3
Moclobemid	Aurorix®	3
Nimodipin	Nimotop®	2
Nitrazepam	Mogadan®	4
Olanzapin	Zyprexa®	5
Ocipramol	Insidon®	4
Oxazepam	Adumbran®	4
Paliperidon	Invega®, Xeplion®	5
Paroxetin	Tagonis®	3
Passionsblume	Lioran®	4
Perazin	Taxilan®	5
Perphenazin	Decentan®	5
Phenobarbital	Luminal®	4
Pipamperon	Dipiperon®	5
Piracetam	Nootrop®	2

Wirkstoff	Präparat	Kapitel
Prazepam	Demetrin®	4
Promethazin	Atosil®	5
Prothipendyl	Dominal®	5
Pyritinol	Encephabol®	2
Quetiapin	Seroquel®	5
Reboxetin	Edronax®	3
Risperidon	Risperdal®	5
Rivastigmin	Exelon®	2
Sulpirid	Dogmatil®	5
Temazepam	Remestan®	4
Tranlycypromin	Jatrosom N®	3
Trazodon	Thombran®	3
Triazolam	Halcion®	4
Triflupromazin	Psyquil®	5
Trimipramin	Stangyl®	3
Venlafaxin	Trevilor®	3
Zaleplon	Sonata®	4
Ziprasidon	Zeldox®	5
Zolpidem	Bikalm®	4
Zopiclon	Ximovan®	4
Zotepin	Nipolept®	5
Zuclopenthixol	Ciatyl®	5

# Über die Autorin

---



## **Simone Schmidt**

Simone Schmidt ist Gesundheits- und Krankenschwester mit über 20 Jahren Erfahrung in der psychiatrischen Intensivpflege und gerontopsychiatrischer Fortbildung. Als Qualitätsmanagerin, Sachverständige und freie Dozentin berät und begleitet sie verschiedene Einrichtungen im Gesundheitswesen, u. a. in den Bereichen QM, Organisation, Implementierung von Expertenstandards, Umgang mit Demenz und Projektmanagement. Als Gutachterin ist sie unter anderem bei Heimaufsichtsbehörden und Ämtern tätig.

### Kontakt:

Simone Schmidt  
Cronbergergasse 10  
68526 Ladenburg  
[simone.m.schmidt@web.de](mailto:simone.m.schmidt@web.de)

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b>Umgang mit Medikamenten . . . . .</b>	1
	<i>Simone Schmidt</i>	
1.1	Allgemeine Grundlagen . . . . .	2
1.2	Veränderungen im Alter . . . . .	3
1.3	Medikamentenplan . . . . .	3
1.4	Besonderheiten bei älteren Menschen . . . . .	5
1.5	Besonderheiten bei Psychopharmaka . . . . .	8
1.6	Beipackzettel . . . . .	12
1.7	Medikamentenmanagement . . . . .	13
 <b>2</b>	 <b>Antidementiva . . . . .</b>	19
	<i>Simone Schmidt</i>	
2.1	Acetylcholinesterase-Inhibitoren . . . . .	20
2.2	NMDA-Antagonisten . . . . .	22
2.3	Sonstige Wirkstoffe – Nootropika . . . . .	23
2.4	Symptome der Demenz . . . . .	25
 <b>3</b>	 <b>Antidepressiva . . . . .</b>	27
	<i>Simone Schmidt</i>	
3.1	Einteilung . . . . .	28
3.2	Tri- und tetrazyklische Antidepressiva . . . . .	29
3.3	MAO-Hemmer . . . . .	33
3.4	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)	34
3.5	Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) . . . . .	35
3.6	Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) . . . . .	36
3.7	Melatoninagonisten oder melatonerge Substanzen . . . . .	37
3.8	Sonstige Substanzen . . . . .	38
3.9	Symptome der Depression . . . . .	41

<b>4</b>	<b>Schlaf- und Beruhigungsmittel</b>	43
	<i>Simone Schmidt</i>	
4.1	Benzodiazepine	44
4.2	Schlafmittel	50
4.3	Pflanzliche Präparate	52
4.4	Insomnie	53
4.5	Unruhe	55
<b>5</b>	<b>Antipsychotika</b>	57
	<i>Simone Schmidt</i>	
5.1	Hochpotente Neuroleptika	59
5.2	Mittelpotente Neuroleptika	61
5.3	Niederpotente Neuroleptika	62
5.4	Atypische Antipsychotika	64
5.5	Besonderheiten bei älteren Menschen	66
<b>6</b>	<b>Besondere Probleme älterer Menschen</b>	73
	<i>Simone Schmidt</i>	
6.1	Soziale Isolation	74
6.2	Fremde Umgebung	76
6.3	Schwäche	78
6.4	Demenz	80
6.5	Folgen	82
<b>7</b>	<b>Pflegerische Alternativen zu Medikamenten</b>	89
	<i>Simone Schmidt</i>	
7.1	S3 Leitlinie »Demenzen«	91
7.2	Grundsatzstellungnahme des MDS	102
7.3	Weitere Maßnahmen	109
7.4	Gefahren vermeiden	124
7.5	Deeskalation	128
	<b>Serviceteil</b>	137
	Anhang	138
	Literatur	158
	Stichwortverzeichnis	161

# Umgang mit Medikamenten

Simone Schmidt

- 1.1 Allgemeine Grundlagen – 2**
- 1.2 Veränderungen im Alter – 3**
- 1.3 Medikamentenplan – 3**
- 1.4 Besonderheiten bei älteren Menschen – 5**
  - 1.4.1 Multimedikation oder Polypharmazie – 6
- 1.5 Besonderheiten bei Psychopharmaka – 8**
  - 1.5.1 Compliance – 8
  - 1.5.2 Zwangsmedikation – 9
  - 1.5.3 Mörsern von Medikamenten – 11
- 1.6 Beipackzettel – 12**
  - 1.6.1 Transdermale Applikation – 13
- 1.7 Medikamentenmanagement – 13**
  - 1.7.1 Ärzte – 14
  - 1.7.2 Kommunikation – 14
  - 1.7.3 Patient – 15
  - 1.7.4 Bezugspersonen – 15
  - 1.7.5 Apotheker – 16
  - 1.7.6 Professionelle Pflege – 17

Die Wirksamkeit von Medikamenten ist stark abhängig von der korrekten und regelmäßigen Einnahme, die gerade bei älteren Menschen problematisch sein kann. Um unerwünschte Wirkungen und Wechselwirkungen möglichst zu reduzieren, sollten einige grundlegende Regeln beim Umgang mit Medikamenten beachtet werden.

## 1.1 Allgemeine Grundlagen

---

Der Arzt trägt immer die Verantwortung für medizinische, diagnostische und therapeutische Maßnahmen und ordnet diese an. Bei der Durchführung ärztlicher Anordnungen durch professionelle Pflegekräfte müssen verschiedene Vorgaben beachtet werden.

Vor allem die Verabreichung von Medikamenten muss unter Berücksichtigung der 5-R-Regel erfolgen.

### 5-R-Regel:

- Richtiger Patient
- Richtiges Medikament
- Richtige Dosierung
- Richtige Applikationsart
- Richtiger Zeitpunkt

Um dies zu gewährleisten, muss eine schriftliche Anordnung der Medikation vorliegen und der Eintrag auf dem Medikamentenblatt durch den anordnenden Arzt mit Datum und Handzeichen abgezeichnet sein.

➤ **Bei Bedarfsmedikationen müssen zusätzlich der Bedarfsfall, die Höchstdosis und die maximale Dosierung in 24 Stunden in die Dokumentation eingetragen und durch den Arzt abgezeichnet sein.**

Selbstmedikationen durch den Patienten unterliegen nicht der Verantwortung des Arztes, eine Aufklärung des Patien-

ten oder im Bedarfsfall des Betreuers ist allerdings notwendig, auch wenn es sich um Medikamente handelt, die rezeptfrei oder frei verkäuflich sind; auch diese Präparate können zu Neben- oder Wechselwirkungen führen.

## 1.2 Veränderungen im Alter

---

Mit zunehmendem Alter verändern sich körperliche Funktionen, wodurch die Resorption und Verteilung von Medikamenten im Blutkreislauf und dadurch deren Wirksamkeit beeinflusst werden.

**Die wichtigsten körperlichen Veränderungen im Alter:**

- Erhöhung des pH-Werts der Magensäure
- Verlangsamung der Magenentleerung
- Veränderung der Schleimhäute im Magen-Darm-Trakt
- Zunahme des Körperfetts
- Abnahme der Körperflüssigkeit
- Veränderte Blutzusammensetzung mit Verringerung des Plasmaalbumins
- Veränderung der Leberfunktion
- Veränderung der Nierenfunktion
- Abnahme der Stoffwechselaktivität

Die Veränderungen können zu einer Wirkungsverminde rung oder zu einer Wirkungsverstärkung führen, sodass eine Dosisanpassung immer individuell erfolgen muss.

## 1.3 Medikamentenplan

---

Vor allem im ambulanten Bereich ist es sinnvoll, dem Patienten einen Medikamentenplan zur Verfügung zu stellen (Tab. 1.1). Gerade ältere Menschen beschriften aus Ge wohnheit die Tablettenschachtel mit der entsprechenden

**Tab. 1.1** Medikamentenplan

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht

**Tab. 1.2** Medikamentenplan mit Symbolen

	⊕ oder ☺	✿ oder ☺	⌚ oder ☺	☞ oder ☺
●				
●				
注射器				

Dosierung. Wenn die Dosierung geändert wird, kann dies jedoch schnell unübersichtlich werden.

Von Vorteil ist es deshalb, eine Tabelle zu erstellen, in der alle Medikamente von allen verschreibenden Ärzten eingetragen werden. Der Patient kann diesen Plan dann auch zum Arztbesuch mitnehmen und aktualisieren lassen.

Für Patienten, die aus verschiedensten Gründen Probleme beim Lesen haben, kann die Schrift durch große Symbole ersetzt werden (**Tab. 1.2**).

In diesem Fall können unterschiedliche Symbole für die verschiedenen Darreichungsformen verwendet werden.

In einer Studie konnte festgestellt werden, dass die Behandlung von älteren Menschen in der Notaufnahme in vielen Fällen von einer Medikamentennebenwirkung ausgelöst

wird. Zum einen wurden unerwünschte Wirkungen oder Wechselwirkungen als Ursache beobachtet, zum anderen führten jedoch auch Medikationsfehler zu einem akuten Geschehen.

#### Häufige Medikationsfehler:

- Bestehende absolute Kontraindikation
- Fehlende Indikation
- Dosierungsfehler
- Applikationsfehler
- Doppelverordnungen

Bei älteren Menschen und mit zunehmendem Alter sollte die gesamte Medikation regelmäßig sorgfältig hinterfragt werden.

## 1.4 Besonderheiten bei älteren Menschen

Die Einnahme von Medikamenten ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Zum einen spielen körperliche Faktoren eine Rolle, etwa die Gehfähigkeit, um Medikamente aus der Apotheke zu besorgen bzw. um die Medikamente zum richtigen Zeitpunkt vom Aufbewahrungsort in der Wohnung zu holen.

Auch wenn heute die meisten Apotheken einen Liefer-service anbieten oder Medikamente über das Internet bestellt werden können, nehmen ältere Menschen solche Dienstleistungen nur selten oder nicht gerne in Anspruch.

### ! Cave

In diesem Zusammenhang sollte auch berücksichtigt werden, dass die Finanzierung der Medikamente entscheidend für die regelmäßige Einnahme sein kann. Gerade ältere Menschen, die mehrere Medikamente einnehmen sollen, berücksichtigen auch, was diese Medikamente kosten.

Motorische Fähigkeiten sind außerdem notwendig, um das Medikament aus der Packung zu entnehmen. Verpackungen mit Kindersicherung können oft nicht selbstständig geöffnet werden.

Eine weitere wichtige körperliche Funktion ist die Schluckfähigkeit. Einschränkungen in diesem Bereich können dazu führen, dass das Medikament nicht eingenommen wird.

Der zweite große Bereich, der die Medikamenteneinnahme beeinflusst, sind kognitive Faktoren. Hierzu zählt die Fähigkeit, den Namen des Medikamentes zu behalten, den Zeitpunkt der Einnahme zu kennen, zu diesem Zeitpunkt an die Einnahme zu denken bzw. sich zu erinnern, ob man das Medikament bereits eingenommen hat.

Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten können dazu führen, dass Medikamente gar nicht, zu selten, aber auch zu häufig eingenommen werden.

#### Praxistipp

Wenn die Medikamenteneinnahme durch körperliche oder kognitive Beeinträchtigungen erschwert ist, sollte älteren Menschen Unterstützung, etwa durch Angehörige oder durch professionelle Pflegekräfte, angeboten werden. Auch technische Hilfsmittel, etwa Apps mit Erinnerungsfunktion oder Medikamentendosen, die die Einnahme registrieren, kommen vermehrt zum Einsatz.

### 1.4.1 Multimedikation oder Polypharmazie

Mit zunehmendem Alter steigt die Anzahl der gleichzeitig eingenommenen Medikamente häufig an. Dadurch erhöht sich auch das Risiko von Neben- oder Wechselwirkungen. Bereits die gleichzeitige Einnahme von vier oder mehr Medikamenten kann zu Interaktionen führen.

**Praxistipp**

Als Bestandteil der Beratung bieten mittlerweile viele Apotheken eine Überprüfung der Wechselwirkungen an. Bei Unklarheiten sollte der Apotheker diesbezüglich angesprochen werden.

Ein weiteres Problem der Multimedikation ist die Tatsache, dass durch veränderte Stoffwechselfunktionen im Alter eine Anpassung der Tagesdosis erfolgen sollte.

Potenziell ungeeignete Medikamente für Patienten ab 65 Jahren wurden in den USA bereits 1991 auf der Beers-Liste veröffentlicht, um die Arzneitherapie zu optimieren. Seither wurde die Liste mehrfach aktualisiert.

In Deutschland wurde analog ein Forschungsverbund gegründet, der aus den gleichen Gründen unter anderem die PRISCUS-Liste erstellt hat. Auf dieser Liste befinden sich derzeit 83 Medikamente, die wegen unerwünschter Wirkungen oder Wechselwirkungen für Patienten ab 65 Jahren als potenziell ungeeignet gelten, darunter auch etliche Psychopharmaka. Da die PRISCUS-Liste sehr umfangreich ist, beinhaltet der Anhang eine Kurzversion für den Schreibtisch, die von Frau Prof. Thürmann erarbeitet und vom Wissenschaftlichen Institut der AOK, sowie im Deutschen Ärzteblatt im Jahr 2010 veröffentlicht wurde (► Anhang).

**Praxistipp**

Im Internet kann die komplette PRISCUS-Liste unter [www.priscus.net](http://www.priscus.net) abgerufen werden. Hier finden sich auch weitere Informationen und Projekte zum Thema Gesundheit im Alter.

Die ausführliche PRISCUS-Liste enthält auch Vorschläge zu alternativen, besser verträglichen Präparaten und zu Maßnahmen, die während der Einnahme durchgeführt werden sollten, wenn eine Verordnung unvermeidbar ist.

## 1.5 Besonderheiten bei Psychopharmaka

---

Die Compliance von älteren Menschen ist unter anderem abhängig von Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente.

### 1.5.1 Compliance

---

Die Bereitschaft, Psychopharmaka regelmäßig einzunehmen, ist im Allgemeinen eher gering. Vor allem Nebenwirkungen und die Befürchtung, abhängig zu werden, beeinflussen die Compliance. Bei älteren Menschen spielt außerdem die Angst vor Stürzen eine Rolle; viele Patienten befürchten auch, als »verrückt« abgestempelt zu werden.

Verbessert wird die Compliance meistens, wenn der Betroffene das Gefühl hat, dass die erwünschten Wirkungen ausgeprägter sind als die Nebenwirkungen, also dass das Medikament ihm hilft.

#### **!** Cave

**Im umgekehrten Fall besteht die Möglichkeit, dass der Patient versucht, das Medikament heimlich auszuspucken oder die Medikamente sammelt und versteckt. Besonders gefährlich ist dies bei Patienten, die mit dem Gedanken spielen, sich umzubringen.**

In den meisten Fällen berichten gerade ältere Menschen nicht offen von ihren Befürchtungen, da in dieser Generation der Arzt noch eine besondere Position innehat und man

ihn nicht verärgern möchte. Dies kann dazu führen, dass die Dosierung erhöht oder ein Medikament abgesetzt wird, da vermutet wird, es sei nicht wirksam.

### 1.5.2 Zwangsmedikation

Hat der Betroffene das Gefühl, dass die Medikamente ihm schaden oder er gar vergiftet werden soll, besteht die Möglichkeit, dass er sich gegen die Einnahme wehrt oder diese vortäuscht. Bei Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, kann es in solchen Fällen vorkommen, dass Angehörige oder Pflegekräfte versuchen, dem Betroffenen die Medikamente gegen seinen Willen oder heimlich zu verabreichen.

- Die zwangsweise Verabreichung von Medikamenten gegen den ausdrücklichen Willen des Patienten oder ohne seine Einwilligung kann massive Ängste und Panik auslösen und dadurch zu einer Verschlechterung der ursprünglichen Symptome beitragen. Eine Zwangsmedikation ist auch nur unter ganz bestimmten juristischen Voraussetzungen zulässig, beispielsweise wenn eine Gefährdung des Betroffenen vorliegt.

#### Bürgerliches Gesetzbuch BGB § 1906

(3) Widerspricht eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 Nummer 2 dem natürlichen Willen des Betreuten (ärztliche Zwangsmaßnahme), so kann der Betreuer in sie nur einwilligen, wenn

1. der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die

Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann,

2. zuvor versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen,

3. die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen der Unterbringung nach Absatz 1 zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden,

4. der erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere dem Betreuten zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann und

5. der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt...

(3a) Die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts. Der Betreuer hat die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat den Widerruf dem Betreuungsgericht anzuzeigen

Bei der heimlichen Verabreichung von Medikamenten, beispielsweise durch das Einröhren in Speisen oder Getränke, ist die Frage nach einer Zwangsmedikation im juristischen Sinne ebenfalls zu prüfen; ein derartiger Betrug trägt im Übrigen niemals zur Verbesserung der Compliance bei. Wenn der Betroffene ohnehin schon misstrauisch ist, kann dadurch das Vertrauensverhältnis schwer gestört werden.

Eine Ausnahme bilden Patienten, die bedingt durch Schluckstörungen Medikamente besser mit breiigen Substanzen, beispielsweise Jogurt, einnehmen können. Hier ist zu prüfen, ob das Medikament dadurch in seiner Wirksam-

keit beeinträchtigt wird, es handelt sich jedoch nicht um eine heimliche Verabreichung.

### 1.5.3 Mörsern von Medikamenten

Dennoch kommt es immer wieder vor, dass Angehörige oder Pflegekräfte Medikamente in Lebensmittel oder Getränke mischen. Im schlimmsten Fall werden hierfür Tabletten sogar gemörsernt.

#### ! Cave

**Das Mörsern von Tabletten oder das Öffnen von Kapseln kann zu einer Veränderung der Wirksamkeit des Medikaments führen, vor allem bei Retardpräparaten oder Filmtabletten. Besonders gefährlich ist das Mörsern dann, wenn mehrere Medikamente gemeinsam zerkleinert, gemischt und verabreicht werden. Selbst das Halbieren von Tabletten ohne Bruchrille sollte ausschließlich mit einem Tablettenteiler erfolgen.**

Wenn ein Patient mit Schluckbeschwerden nicht in der Lage ist, Tabletten oder Kapseln unzerkleinert zu schlucken, sollte in jedem Fall eine Rücksprache mit der Apotheke erfolgen. Der Apotheker kann Informationen geben, ob das Präparat in einer anderen Darreichungsform existiert, etwa Schmelztabletten, Tropfen oder Saft, ob es alternative Substanzen gibt bzw. welche Veränderungen durch das Zerkleinern ausgelöst werden.

#### Praxistipp

Informationen zur korrekten Einnahme eines Medikaments finden sich üblicherweise auch im Beipackzettel.

## 1.6 Beipackzettel

Die Packungsbeilage von Medikamenten beinhaltet nicht nur wichtige Informationen bezüglich der Inhaltsstoffe, Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen, sie enthält auch genaue Informationen zur Art der Einnahme und oftmals auch zum Zeitpunkt.

- **Gerade bei älteren Menschen ist es wichtig, dass Psychopharmaka zur richtigen Uhrzeit eingenommen werden, insbesondere dann, wenn das Medikament eine aktivierende oder beruhigende Wirkung besitzt. Außerdem sollte darauf geachtet werden, ob das Medikament nicht mit bestimmten Flüssigkeiten, beispielsweise Saft oder Milch, eingenommen werden soll, wenn dadurch die Wirkung beeinflusst wird. Dies gilt auch für die Nahrungsaufnahme.**

Der Beipackzettel beinhaltet außerdem wichtige Informationen zur Haltbarkeit des Medikaments. Besonders bei flüssigen Medikamenten ist dies zu beachten. Das Verfallsdatum des Medikaments, das sich auf der äußeren Verpackung befindet, gilt in den allermeisten Fällen nur, solange die Packung noch nicht geöffnet wurde. Die Haltbarkeit nach Anbruch wird separat im Beipackzettel angegeben. Gerade bei Medikamenten, die nicht regelmäßig eingenommen werden, ist es deshalb sinnvoll, das Anbruchsdatum auf der Verpackung zu vermerken.

Tipps zur Lebensführung, die dazu beitragen können, Krankheitssymptome zu reduzieren, sind gelegentlich ebenfalls Bestandteil der Patienteninformation. Häufig sind jedoch der Umfang und die Schriftgröße der Packungsbeilage nicht den Bedürfnissen von älteren Menschen angepasst.

## 1.6.1 Transdermale Applikation

In den letzten Jahren wurden Darreichungsformen für Medikamente entwickelt, die als Alternative bei Schluckstörungen in Frage kommen. Dazu gehört auch die transdermale Applikation in Form eines Pflasters.

Vor allem stark wirksame Analgetika und Antidementiva werden mittlerweile als Pflaster angeboten und besitzen dadurch Vorteile bei der Verabreichung. Allerdings sollten die Angaben im Beipackzettel zur Applikation des Pflasters unbedingt beachtet werden.

### Praxistipp

Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass das Pflaster so angebracht wird, dass es sich nicht versehentlich ablösen kann und dann möglicherweise sogar verschluckt wird. Außerdem ist dringend auf das korrekte Intervall des Pflasterwechsels zu achten, ein Vermerk im Kalender kann dabei hilfreich sein.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Tatsache, dass die meisten Pflaster zur transdermalen Applikation nicht zerschnitten werden sollten. Gelegentlich ist zwar der Wirkstoff über die komplette Pflastermatrix gleichmäßig verteilt, dies muss jedoch nicht so sein. Transdermale Pflaster, die geschnitten werden können, haben einen von außen erkennbaren Schnittfatz.

## 1.7 Medikamentenmanagement

Die regelmäßige Einnahme von Medikamenten, insbesondere von Psychopharmaka, ist in hohem Maße abhängig von der Kooperation aller beteiligten Personen.

### 1.7.1 Ärzte

Dabei handelt es sich zum einen um die verschreibenden Ärzte oder Fachärzte, die die Therapiehoheit besitzen. Ärzte benötigen jedoch Informationen über den körperlichen Zustand, über Stimmung und Antrieb, über Nebenwirkungen und Verträglichkeit sowie über Verhaltensweisen und Aufälligkeiten des Patienten.

Normalerweise bekommt der Arzt diese Informationen vom Patienten selbst, wenn der Betroffene ein Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt hat. Informationen können aber auch von Angehörigen, Betreuern, Bezugspersonen, ehrenamtlichen Helfern oder professionellen Pflegekräften an den Arzt weitergegeben werden.

### 1.7.2 Kommunikation

Dabei ist es wichtig, dass der Kommunikationsweg geregelt ist, damit alle Beteiligten wissen, wie Informationen den richtigen Ansprechpartner erreichen.

#### Praxistipp

Am Beginn des Medikamentenmanagements steht deshalb die Festlegung der Kommunikationswege. Werden Fragen und Antworten beispielsweise schriftlich festgehalten oder erfolgt eine direkte telefonische Rücksprache bzw. kann eine Kontaktaufnahme auch elektronisch oder per Fax erfolgen? Von Vorteil ist es auch, zu besprechen, wie die Kommunikation im Notfall oder bei akuten Verschlechterungen erfolgt.

### 1.7.3 Patient

Ältere Menschen haben fast ihr ganzes Leben lang die Verantwortung für ihre medizinische Versorgung eigenständig getragen und möchten dies auch in hohem Alter beibehalten. Die Aufgabe des Patienten im Medikamentenmanagement ist es deshalb, Informationen einzuholen und Entscheidungen zu treffen, solange keine kognitiven Beeinträchtigungen vorliegen.

Bei Menschen mit Demenz oder anderen geistigen Beeinträchtigungen ist es empfehlenswert, dass der Betroffene vorab festlegt, wer für ihn als Vertrauensperson in Frage kommt, um im Bedarfsfall diese Aufgabe zu übernehmen.

 **Hat der Patient diesbezüglich keine Festlegungen getroffen, kann vom Betreuungsgericht ein gesetzlicher Betreuer mit der Aufgabe der Gesundheitsfürsorge bestimmt werden.**

### 1.7.4 Bezugspersonen

Es ist dann die Aufgabe des Betreuers, die Interessen des Patienten zu vertreten und an seiner Stelle Informationen zur Medikation einzuholen und Entscheidungen zu treffen.

Dazu wird der gesetzliche Betreuer vom behandelnden Arzt ausführlich aufgeklärt, beraten und informiert. In bestimmten Fällen ist es sogar notwendig, dass der Betreuer ein Merkblatt ausgehändigt bekommt bzw. einen Aufklärungsbogen unterschreibt.

 **Cave**

**Ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt, Patient und Betreuer verbessert das Medikamentenmanagement.**

Schließlich können weitere Personen dazu beitragen, dass die medikamentöse Behandlung von älteren Menschen mit Psychopharmaka optimiert wird, indem sie Informationen und Beobachtungen an den behandelnden Arzt oder den gesetzlichen Betreuer weitergeben.

Dabei handelt es sich um alle Personen aus dem sozialen Umfeld des Betroffenen, vor allem nahestehende Angehörige, Therapeuten, Nachbarn und Pflegekräfte.

### 1.7.5 Apotheker

Im Netzwerk des Medikamentenmanagements spielt natürlich auch der Apotheker eine entscheidende Rolle. Als Fachmann für pharmakologische Fragestellungen ist er für die anderen Beteiligten der Ansprechpartner bei Problemen, Unklarheiten und bei der Organisation der Medikamentenversorgung.

In der beratenden Funktion kann der Apotheker auch Fragen zur Aufbewahrung, Applikationsart, Haltbarkeit und zu Wechselwirkungen zwischen einzelnen Medikamenten schnell beantworten.

#### Praxistipp

Da viele ältere Patienten zusätzlich zu den verordneten Medikamenten frei verkäufliche oder rezeptfreie Präparate einnehmen, ist es für den Apotheker häufig am leichtesten, einen Gesamtüberblick über das Medikamentenmanagement zu bewahren.

## 1.7.6 Professionelle Pflege

Die Aufgabe der professionellen Pflege beim Medikamentenmanagement ist zunächst eine logistische, die mit der Beschaffung, Bereitstellung und eventuell der Verabreichung von Medikamenten verbunden sein kann.

### Praxistipp

Darüber hinaus haben professionelle Pflegekräfte aber auch die Aufgabe, einer fachlichen und intensiven Krankenbeobachtung bei der Verabreichung von Psychopharmaka, um Schädigungen und Beeinträchtigungen des Betroffenen nach Möglichkeit zu verhindern.

Vor allem dann, wenn Psychopharmaka neu angesetzt werden, sollte gezielt auf das Auftreten von möglichen Nebenwirkungen geachtet werden. Im weiteren Verlauf der Behandlung ist es auch die Aufgabe der professionellen Pflege, Verhaltensänderungen zu erkennen und weiterzugeben, die auf eine schlechende Überdosierung des Medikaments hindeuten können.

### Praxistipp

Für Pflegekräfte ist es hilfreich zu wissen, in welche Gruppe ein Medikament gehört, um das Nebenwirkungsprofil grob einschätzen zu können. In diesem Buch befindet sich aus diesem Grund eine Liste von Präparaten mit der jeweiligen Kapitelzuordnung (► Präparateliste).

Außerdem sollten professionelle Pflegekräfte auch Hinweise auf eine ungewollte Sedierung des Betroffenen geben, da sie

im Tagesverlauf normalerweise viel mehr Kontakt zum Patienten haben als der behandelnde Arzt.

Verschiedene Faktoren beeinflussen die Verabreichung von Psychopharmaka bei älteren Menschen. So konnte festgestellt werden, dass zum einen die Personalbesetzung in Pflegeeinrichtungen eine wichtige Rolle spielt, zum anderen ist die Qualifikation der Mitarbeiter ausschlaggebend für den Einsatz von nicht-medikamentösen Interventionen.

Die Qualifikation der Mitarbeiter spielt zudem eine Rolle bei der korrekten Verabreichung von Medikamenten, außerdem wird dem Austausch von Informationen eine erhebliche Funktion beigemessen, beispielsweise bei der Krankenbeobachtung bezüglich Neben- und Wechselwirkungen, bei Fallbesprechungen, die auch nach den Ursachen von Verhaltensauffälligkeiten forschen, sowie bei der Kommunikation mit Ärzten, Betreuern, Angehörigen und Apothekern bezüglich der weiteren Notwendigkeit einer Medikation.

### **Cave**

Neben der fachlichen Qualifikation sind auch persönliche Fähigkeiten, etwa Einfühlungsvermögen, Geduld, Aufmerksamkeit und Motivation, erforderlich sowie im stationären Bereich die Gestaltung der Umgebung und der psychosozialen Kontakte.

# Antidementiva

*Simone Schmidt*

- 2.1 Acetylcholinesterase-Inhibitoren – 20
- 2.2 NMDA-Antagonisten – 22
- 2.3 Sonstige Wirkstoffe – Nootropika – 23
- 2.4 Symptome der Demenz – 25

Zu den Antidementiva gehören unter anderem die Acetylcholinesterase-Inhibitoren und die NMDA-Antagonisten. Eine Wirksamkeit der Acetylcholinesterase-Inhibitoren ist für die leichte bis mäßige Alzheimer-Demenz erwiesen. Neben dem Einfluss auf kognitive Fähigkeiten kommt es auch zu einer Verbesserung der Alltagskompetenz und eventuell zu einer Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten. Die Anwendung der Substanzen bei einer gemischten Demenz ist ebenfalls gerechtfertigt.

NMDA-Antagonisten werden vor allem bei einer mittelschweren bis schweren Demenz eingesetzt, abhängig von der Verträglichkeit können jedoch alle Substanzen in allen Stadien verabreicht werden oder es kann eine Kombination sinnvoll sein.

Weitere Substanzen können Symptome der Demenz eventuell beeinflussen. Ein wissenschaftlicher Nachweis hierfür fehlt jedoch. Dabei handelt es sich um sogenannte Nootropika, also Substanzen, die dazu beitragen könnten, die Gehirndurchblutung oder den Stoffwechsel des Gehirns zu beeinflussen. Nootropika werden mittlerweile auch von Gesunden als sogenanntes Gehirn-Doping genutzt.

## 2.1 Acetylcholinesterase-Inhibitoren

---

Diese Wirkstoffe greifen direkt im zentralen Nervensystem an und verhindern den Abbau des Neurotransmitters Acetylcholin. Dadurch kommt es zu einer Aktivitätssteigerung des Acetylcholins, das für verschiedene kognitive Leistungen notwendig ist, etwa für die Konzentration, die Gedächtnisleistung, die Aufmerksamkeit und die Lernfähigkeit.

Wirkstoff	Präparat
Donepezil	Aricept®
Rivastigmin	Exelon®
Galantamin	Reminyl®
<b>AChE-Inhibitoren</b>	

**Kontraindikation** Bradykardie, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, relative Kontraindikation bei Zustand nach Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür

**Nebenwirkungen** Übelkeit, Erbrechen, Diarrhö, Kopfschmerz und Schwindel können vor allem in der Anfangsphase der Behandlung auftreten.

**!** **Cave**

**Wegen möglicher bradykarder Herzrhythmusstörungen sollten vor Therapiebeginn und im Verlauf der Behandlung EKG-Kontrollen stattfinden.**

**Wechselwirkungen** Medikamente, die auf das cholinerge System wirken, z. B. Medikamente gegen Harninkontinenz, Asthma, Parkinson oder Bradykardie

**Besonderheiten** Ein frühzeitiger Beginn der Behandlung ist wichtig und kann den Krankheitsverlauf womöglich positiv beeinflussen. Da jedoch ein großer Teil der Demenzkranken keine frühzeitige und ausreichende medizinische Versorgung unter Berücksichtigung der anerkannten Leitlinien erhält, hat die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (DGPP) einen Nationalen Demenzplan gefordert.

### ! Cave

Die Behandlung sollte aufgrund der Nebenwirkungen immer mit einer niedrigen Dosis begonnen und dann langsam bis zur zulässigen Maximaldosis gesteigert werden. Die Dauer der Therapie richtet sich nach der Verträglichkeit. Da es kaum möglich ist, die Wirksamkeit zu beweisen, wird die Behandlung solange durchgeführt, solange das Medikament vertragen wird und der Patient mutmaßlich davon profitiert.

### Praxistipp

Die medikamentöse Therapie alleine ist nicht geeignet, die Symptome zu lindern. Andere therapeutische Maßnahmen sollten parallel stattfinden, beispielsweise Psychotherapie, Aktivierung, psychosoziale Interventionen, Ergotherapie und Realitätsorientierung (► Kap. 7).

## 2.2 NMDA-Antagonisten

In der Gruppe der NMDA-Antagonisten ist aktuell nur noch ein Wirkstoff auf dem Markt.

NMDA, die Abkürzung für N-Methyl-D-Aspartat, ist eine künstlich hergestellte Substanz, die an den Glutamat-Rezeptoren von Nervenzellen wie natürliches Glutamat wirkt. Die bei der Alzheimer-Demenz vorhandene erhöhte Glutamat-Konzentration führt zu einer Übererregung der Nervenzellen und dadurch zu einem Absterben. NMDA-Antagonisten können die Glutamatkonzentration senken, die Lebensdauer der Nervenzellen erhöhen und dadurch die kognitiven Fähigkeiten der Betroffenen verbessern bzw. stabilisieren.

Wirkstoff	Präparat
Memantine	Ebixa®, Axura®
<b>NMDA-Antagonisten</b>	

**Kontraindikation** Niereninsuffizienz, eventuell Epilepsie

**Nebenwirkungen** Schwindel, Kopfschmerzen, Obstipation, Unruhezustände, Krampfanfälle

**Wechselwirkungen** Bei gleichzeitiger Anwendung von weiteren NMDA-Antagonisten mit anderer Indikation, etwa Amantadin (Parkinson-Therapie), Ketamin (Anästhetikum) oder Dextrometorphan (Hustenstiller), können zentrale Nebenwirkungen verstärkt werden.

Eine Kombination mit gerinnungshemmenden Medikamenten führt möglicherweise zu einer Verstärkung der Gerinnungshemmung, daher sollte in diesem Fall der INR-Wert engmaschig kontrolliert werden.

### **!** Cave

**Die Kombination mit Anticholinergika kann zu einer medikamentös verursachten Psychose führen.**

#### Praxistipp

Bei schwerer Demenz, etwa bei Patienten mit einem MMST-Wert zwischen 5 und 9, kann eine Kombination von Memantine und Donepezil sinnvoll sein.

## **2.3 Sonstige Wirkstoffe – Nootropika**

Dabei handelt es sich um eine heterogene Gruppe von Substanzen, die auf verschiedene Art den Stoffwechsel oder die Durchblutung des zentralen Nervensystems beeinflussen. In

diese Gruppe fallen Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel und pflanzliche sowie homöopathische Präparate.

Eingesetzt werden Nootropika nicht nur bei Demenz, sie dienen auch dem Anti-Ageing oder dem »Gehirndoping«.

<b>Wirkstoff</b>	<b>Präparat</b>
Ginkgo biloba	Gingium®
Piracetam	Nootrop®
Pyritinol	Encephabol®
Nimodipin	Nimotop®
Dihydroergotoxin	Hydergin®
<b>Nootropika</b>	

**Kontraindikation** Bei Gerinnungsstörungen sollte Ginkgo biloba nur nach Überprüfung des Gerinnungsstatus eingesetzt werden.

**Nebenwirkungen** Hypotonie, Schwindel, zum Teil Magen-Darmbeschwerden, allergische Reaktionen, Flush und Hautrötungen

**Wechselwirkungen** Ginkgo biloba und andere Nootropika können in Kombination mit Gerinnungshemmern zu Blutungen führen. Bei einer Kombination mit blutdrucksenkenden Medikamenten wird dieser Effekt durch Nimodipin und ähnliche Substanzen verstärkt.

**Besonderheiten** Piracetam sollte nicht am Abend gegeben werden, da es zu Unruhe, Nervosität und Schlafstörungen führen kann.

### **!** Cave

**Da es keinen Nachweis für die Wirksamkeit von Nootropika bei Demenz gibt, wird der Einsatz dieser Substanzen in den Leitlinien der DGPP nicht empfohlen.**

**Praxistipp**

Auch wenn Betroffene oftmals das Gefühl haben, sich »etwas Gutes tun zu wollen«, ist es wichtig, den Nutzen sorgsam gegen unerwünschte Effekte und Kosten abzuwägen.

## 2.4 Symptome der Demenz

Die Hauptsymptome der Demenzerkrankung, etwa die Beeinträchtigungen der Alltagskompetenz, können gut durch Antidementiva beeinflusst werden.

Gerade zu Beginn der Erkrankung kommt es häufig zusätzlich zu depressiven Verstimmungen, die durch die Wahrnehmung der eigenen Defizite verursacht werden. Eine Behandlung mit Antidepressiva (► Kap. 3) kann dann sinnvoll sein. Schwierig ist oft auch die Abgrenzung der Demenz von einer Depression.

➤ **Schlafstörungen, Ängste und Unruhe sind häufige Symptome der Demenz, die oft durch Desorientiertheit und Wahrnehmungsprobleme ausgelöst werden. Aber auch traumatische Erlebnisse, Schmerzen, Sprachstörungen oder Hunger können Unruhe verursachen, sodass die Behandlung dieser Probleme nicht auf die sofortige Gabe von sedierenden Medikamenten fokussiert werden sollte.**

Neben Analgetika, dem Angebot von Zwischenmahlzeiten, Toilettengängen, Gesprächen und Zuwendung werden verschiedene demenzspezifische Therapien (► Kap. 7) eingesetzt, um die Gabe von Psychopharmaka auf ein Minimum zu reduzieren oder besser komplett zu vermeiden.

# Antidepressiva

Simone Schmidt

- 3.1 Einteilung – 28**
- 3.2 Tri- und tetrazyklische Antidepressiva – 29**
  - 3.2.1 Trizyklische Antidepressiva – 30
  - 3.2.2 Tetrazyklische Antidepressiva – 31
- 3.3 MAO-Hemmer – 33**
- 3.4 Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) – 34**
- 3.5 Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) – 35**
- 3.6 Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) – 36**
- 3.7 Melatoninagonisten oder melatonerge Substanzen – 37**
- 3.8 Sonstige Substanzen – 38**
  - 3.8.1 Bupropion – 38
  - 3.8.2 Trazodon – 39
  - 3.8.3 Pflanzliche Präparate – 39
- 3.9 Symptome der Depression – 41**

Antidepressiva werden bei der Behandlung von Depressionen, Angststörungen und Panikattacken, Zwangsstörungen sowie bei chronischen Schmerzen eingesetzt. Dabei zeigt sich zwar eine zunehmende Verschreibungshäufigkeit in der Bevölkerung, eine angemessene Kombinationstherapie von Medikament und Psychotherapie ist aber vor allem bei älteren Menschen nicht gegeben.

### **3.1 Einteilung**

---

Antidepressiva greifen in Neurotransmittersysteme ein und verhindern dort die Wiederaufnahme der entsprechenden Neurotransmitter in die Nervenzelle. Dabei handelt es sich vor allem um die Substanzen Serotonin, Noradrenalin, und Dopamin, beeinflusst werden können aber auch das Acetylcholin, das Histamin oder Adrenorezeptoren. Diese körpereigenen Substanzen gehören zur Gruppe der Monoamine, für deren Abbau Enzyme verantwortlich sind, sogenannte Monoaminoxidasen.

#### **Neurotransmitter**

Neurotransmitter sind chemische Botenstoffe, die Erregungen von einer Nervenzelle zur nächsten über den synaptischen Spalt übertragen. Die wichtigsten Substanzen im Gehirnstoffwechsel, deren Dysbalance zu depressiven Verstimmungen führen können, sind:

1. Serotonin, das »Wohlfühlhormon«, beeinflusst unter anderem die emotionale Regulation und den Schlaf
2. Noradrenalin, das »Aktivitätshormon«, bewirkt wie Adrenalin eine Stressreaktion und erhöht die Leistungsbereitschaft bzw. ursprünglich den Fluchtreflex, beeinflusst Emotionen und Lernen

3. Dopamin, das »Glückshormon«, beeinflusst die Wahrnehmung und Aktivität, das Denken und die interne Belohnung

Nach ihrem Wirkmechanismus werden Antidepressiva in folgende Gruppen eingeteilt:

1. Tri- und tetrazyklische Antidepressiva
2. Monoaminoxidase-Hemmstoffe, sogenannte MAO-Hemmer
3. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer oder Serotonin Reuptake Inhibitoren (SSRI)
4. Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI)
5. Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI)
6. Melatoninagonisten oder melatonerge Substanzen

➤ Je selektiver ein Antidepressivum wirkt, desto geringer sind die Nebenwirkungen. Allerdings setzt die Wirkung auch erst nach Tagen bis Wochen ein, sodass die medikamentöse Einstellung oftmals schwierig ist.

Antidepressiva werden bei unipolaren Depressionen sowie bei bipolaren affektiven Störungen eingesetzt. Bei diesen Krankheitsbildern kann es notwendig sein, im Anschluss an die Behandlung ein Medikament zur Stimmungsstabilisierung einzunehmen.

## 3.2 Tri- und tetrazyklische Antidepressiva

Die Bezeichnung dieser Substanzgruppe leitet sich von der chemischen Struktur ab, die aus drei bzw. vier Ringen mit verschiedenen Seitenketten besteht. Als erstes Präparat die-

ser Gruppe kam bereits 1958 der Wirkstoff Imipramin auf den Markt.

### 3.2.1 Trizyklische Antidepressiva

---

Trizyklische Antidepressiva hemmen die Wiederaufnahme der Neurotransmitter Serotonin, Noradrenalin und Dopamin in die Nervenzellen des Gehirns. Dadurch stehen diese Botenstoffe vermehrt zur Verfügung.

- **Folge der erhöhten Konzentration der oben genannten Neurotransmitter ist eine stark stimmungsaufhellende Wirkung. Beeinflusst werden kann außerdem auch das Antriebsniveau.**

Durch diese breite Wirkung verursachen trizyklische Antidepressiva allerdings auch sehr viele Nebenwirkungen, so dass sie in den letzten Jahrzehnten weitgehend von nebenwirkungsärmeren Substanzen abgelöst wurden.

Trizyklische Antidepressiva wurden früher klassischerweise eingeteilt in drei verschiedene Grundtypen, die zwar alle eine stimmungsaufhellende Wirkung besitzen, sie unterscheiden sich aber in ihrer Wirkung auf den Antrieb. Heute erfolgt die Einteilung eher entsprechend der Wirkung auf den Neurotransmitter.

**Einteilung der Trizyklika nach dem Kielholz-Schema:**

- Stoffe vom Amitriptylin-Typ, z. B. Amitriptylin, Doxepin, Trimipramin, wirken eher beruhigend und dämpfend
- Stoffe vom Imipramin-Typ, z. B. Imipramin, Clomipramin, wirken antriebsneutral oder leicht antriebssteigernd
- Stoffe vom Desipramin-Typ, z. B. Desipramin, wirken aktivierend, sind aber kaum mehr auf dem Markt erhältlich

## ! Cave

**Besondere Vorsicht ist bei suizidgefährdeten Patienten geboten, da der Antrieb sich verbessert, die Stimmungsaufhellung aber erst später einsetzt. Das Risiko eines Suizidversuchs ist deshalb erhöht!**

Wirkstoff	Präparat
Amitriptylin	Saroten®
Doxepin	Aponal®
Trimipramin	Stangyl®
Imipramin	Tofranil®
Clomipramin	Anafranil®
Desipramin	Pertofran®

## Trizyklische Antidepressiva

### 3.2.2 Tetrazyklische Antidepressiva

Diese Substanzen ähneln in ihrer Struktur den trizyklischen Antidepressiva. Es handelt sich dabei um eine Weiterentwicklung mit vier Kohlenstoffringen.

Wirkstoff	Präparat
Mianserin	Tolvin®
Mirtazapin	Remergil®
Maprotilin	Ludiomil®

## Tetrazyklische Antidepressiva

**Kontraindikation** Aufgrund der kardialen Nebenwirkungen stellen vorbestehende Herzerkrankungen eine wichtige Kontraindikation dar. Vor allem bei antriebssteigernden Antidepressiva ist die Suizidgefahr als Kontraindikation zu berücksichtigen.

**Nebenwirkungen** Vegetative Nebenwirkungen, etwa Mundtrockenheit, Müdigkeit, Hypotonie, Herzrhythmusstörungen, Tachykardie, Verschlechterung einer bestehenden Herzinsuffizienz, EKG-Veränderungen, Ödeme, Miktionsstörungen, innere Unruhe, Gewichtszunahme

**Wechselwirkungen** Alkohol, Opiate und Hypnotika können zu einer Wirkungsverstärkung führen.

### ! Cave

**Tri- und tetrazyklische Antidepressiva dürfen nicht bei Glaukom und Prostatahypertrophie eingesetzt werden, da durch die anticholinerge Wirkung die Erkrankung verschlechtert wird.**

Suizidgefährdete Patienten könnten absichtlich eine zu große Menge der Medikamente einnehmen, sodass es zu einer akuten Intoxikation kommt. Gerade ältere Menschen sammeln häufig Medikamente, um damit selbst über ihren Tod bestimmen zu können.

### ! Cave

**Symptome einer Intoxikation mit Antidepressiva:**

- **Anticholinerges Syndrom mit Tachykardie, Sprachstörungen, Agitiertheit und Halluzinationen, Pupillenerweiterung**
  - **Generalisierte tonisch-klonische Krämpfe, kardiale Symptome, Koma**
- Eine Intoxikation mit Antidepressiva ist ein behandlungspflichtiger Notfall.**

Bei unklaren Intoxikationen mit Antidepressiva sollte eine Giftnotrufzentrale kontaktiert werden.

**Praxistipp**

Gerade zu Beginn der Behandlung haben die Betroffenen häufig das Gefühl, dass keinerlei Wirkung eintritt. In dieser Zeit ist es sehr wichtig, zum einen Ängste ernst zu nehmen und Zuversicht zu vermitteln und zum anderen nach Möglichkeit für eine Tagesstrukturierung und Aktivierung zu sorgen.

### 3.3 MAO-Hemmer

Der Wirkmechanismus dieser Medikamente beruht auf einer Hemmung des Enzyms Monoaminoxidase, das für die Spaltung der Monoamine Serotonin, Noradrenalin, Dopamin und anderer Substanzen zuständig ist. Bei einigen Präparaten war die Einhaltung einer strengen Diät notwendig, sodass diese Medikamente nicht mehr oder nur in Ausnahmefällen eingesetzt werden.

Wirkstoff	Präparat
Moclobemid	Aurorix®
Tranylcypromin	Jatrosom N®
MAO-Hemmer	

**Kontraindikation** Hypertonie, Phäochromozytom, Apoplex

**Nebenwirkungen** Schlafstörungen, Schwindel, Übelkeit, Verwirrtheit, innere Unruhe, gelegentlich Ödeme und Atemnot

**Wechselwirkungen** Eine Kombination mit Opiaten oder Drogen kann zu schweren Nebenwirkungen führen. Auch Medikamente, die den Serotoninrezeptor aktivieren, können

Nebenwirkungen auslösen, etwa Hyperthermie, Krämpfe und Verwirrtheit.

**Besonderheiten** Ältere Präparate können nur in Kombination mit einer tyraminarmen Diät eingenommen werden. Tyramin findet sich vor allem in Käse, Bananen, Schokolade und Rotwein.

### 3.4 Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) sind eine Gruppe von Substanzen, die als übergeordnete Wirkung die Wiederaufnahme von Serotonin aus dem synaptischen Spalt verhindern. Abhängig von der Substanz werden jedoch auch andere Transmitter beeinflusst, sodass die Verträglichkeit bei älteren Menschen variiert. Dennoch sind SSRI in der Praxis bei älteren Menschen oft das Mittel der ersten Wahl.

Wirkstoff	Präparat
Fluoxetin	Fluctin®
Citalopram	Cipramil®
Escitalopram	Cipralex®
Fluvoxamin	Feverin®
Paroxetin	Tagonis®
Sertralin	Zoloft®
<b>SSRI</b>	

**Kontraindikation** Bei Suizidgedanken ist Vorsicht geboten.

**Nebenwirkungen** Magen-Darmbeschwerden, Schwindel, Kopfschmerzen, Unruhe bis hin zu Schlafstörungen, Hypotonie, besonders in Kombination mit Diuretika

## Wechselwirkungen MAO-Hemmer

**Besonderheiten** SSRI können zu sexuellen Funktionsstörungen führen, die von den Betroffenen häufig nicht thematisiert werden. Bei einem Wechsel des Medikaments von einem MAO-Hemmer auf ein SSRI und umgekehrt sollte ein zeitlicher Abstand beachtet werden.

### Praxistipp

Die Behandlung einer Depression bei älteren Menschen unterscheidet sich prinzipiell nicht von der Therapie bei jungen Erwachsenen, sodass bei einer Wirksamkeit der Medikation nach Abklingen der Beschwerden an eine Psychotherapie gedacht werden sollte. Eventuell ist auch eine medikamentöse Langzeittherapie sinnvoll, um Rezidive zu vermeiden. Auch hochbetagte, schwerstpflegebedürftige und kognitiv veränderte Menschen können von einer Psychotherapie profitieren.

## 3.5 Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI)

Gehemmt wird durch diese Stoffgruppe die Wiederaufnahme von Noradrenalin im synaptischen Spalt. Derzeit ist nur eine Substanz auf dem Markt.

Wirkstoff	Präparat
Reboxetin	Edronax®
SNRI	

**Kontraindikation** Ältere Männer mit Miktionsstörungen sollten nicht mit Reboxetin behandelt werden.

**Nebenwirkungen** Schlafstörungen, Mundtrockenheit, Obstipation, Harnverhalt, vor allem bei älteren Männern

**Besonderheiten** Wegen der eingeschränkten Verträglichkeit bei relativ geringer Wirksamkeit kann das Präparat aktuell nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden. Andere SNRI wurden mittlerweile wieder vom Markt genommen.

### ! Cave

Neben der Harnentleerungsstörung sind zahlreiche sexuelle Funktionsstörungen unter der Einnahme von Reboxetin beschrieben.

## 3.6 Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI)

Diese Medikamente hemmen gleichzeitig die Wiederaufnahme der Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin.

Wirkstoff	Präparat
Venlafaxin	Trevilor®
Duloxetin	Cymbalta®
SSNRI	

**Nebenwirkungen** Magen-Darmbeschwerden bis hin zu Magen-Darmblutungen, sodass ein gleichzeitiger Magenschutz empfohlen wird, Herzrasen, Angstzustände, Blasenentleerungsstörungen

**Wechselwirkungen** Serotonerge Substanzen

**Besonderheiten** Die Präparate sind bei älteren Menschen zwar nicht ganz so gut verträglich wie die SSRI, eingesetzt werden sie jedoch bei besserer Wirksamkeit.

### ! Cave

**Das abrupte Absetzen von SSNRI kann zu einem sogenannten Absetsyndrom führen, das sich in Entzugserscheinungen äußert, etwa vegetative Symptome, neurologische Probleme und psychische Veränderungen. Das Medikament sollte deshalb immer ausgeschlichen werden.**

Kontrovers diskutiert wird in diesem Zusammenhang die Fragestellung, ob es sich um eine Abhängigkeit handelt. Eine Sucht im herkömmlichen Sinne liegt allerdings nicht vor.

#### Praxistipp

Beim Duloxetinpräparat Yentreve® wurde die Nebenwirkung der Blasenentleerungsstörung zur Hauptindikation des Medikaments: In einer anderen Dosierung wird das Duloxetin zur Behandlung der Inkontinenz eingesetzt.

## 3.7 Melatoninagonisten oder melatonerge Substanzen

Diese Substanzen beeinflussen das von der Zirbeldrüse des Gehirns gebildete Hormon Melatonin, das aus der Aminosäure Tryptophan gebildet wird und den Schlaf-Wachrhythmus reguliert. Melatonin wird deshalb auch als »Schlafhormon« bezeichnet (► Kap. 4).

#### Wirkstoff

Agomelatin

#### Präparat

Valdoxan®

Melatonerge Substanzen

Bisher bestehen nur wenige Erfahrungen mit der Behandlung älterer Menschen mit melatonergen Substanzen. Die Verträglichkeit ist jedoch sehr gut.

**Nebenwirkungen** Kopfschmerzen, eventuell Erhöhung der Leberwerte

**Besonderheiten** Das Medikament sollte immer direkt vor dem Schlafengehen eingenommen werden.

#### Praxistipp

Melatonin wird auch bei der Behandlung von Schlafstörungen eingesetzt.

### 3.8 Sonstige Substanzen

Weitere Substanzen, die keiner der oben aufgeführten Gruppen zugeordnet werden, können depressive Symptome ebenfalls verbessern.

#### 3.8.1 Bupropion

##### Wirkstoff

Bupropion

NDRI

##### Präparat

Elontril®

Bupropion bewirkt eine Hemmung der Wiederaufnahme von Noradrenalin und Dopamin im synaptischen Spalt und hat dadurch vor allem eine aktivierende Wirkung.

**Nebenwirkungen** Blutdruckanstieg, Schlaflosigkeit

**Besonderheiten** Unter dem Handelsnamen Zyban® wird Bupropion auch zur Raucherentwöhnung eingesetzt.

**!** **Cave**

**Bupropion senkt die Krampfschwelle und kann deshalb Krampfanfälle auslösen.**

### 3.8.2 Trazodon

Im Gegensatz zu Bupropion bewirkt Trazodon durch die Hemmung der Wiederaufnahme von Serotonin und Tryptophan eine leichte bis mittlere Verbesserung der Stimmung und hat eine beruhigende, angstlösende Wirkung.

Wirkstoff	Präparat
Trazodon	Thombran®
Sonstige Substanzen	

**Nebenwirkungen** Müdigkeit und Verdauungsprobleme, selten EKG-Veränderungen

**Besonderheiten** Bei agitierten Patienten wird Trazodon oft mit gutem Erfolg bei guter Verträglichkeit eingesetzt.

### 3.8.3 Pflanzliche Präparate

Dabei handelt es sich um eine Gruppe verschiedener Stoffe, die insbesondere bei leichten Verstimmungen eingesetzt werden. Die Präparate sind größtenteils rezeptfrei und zum Teil sogar in Drogeriemärkten erhältlich. Dennoch haben sie nicht nur Wirkungen, sondern oft auch Neben- und Wechselwirkungen.

Wirkstoff	Präparat
Johanniskraut	Laif 900®
Lavendelöl	Lasea®
<b>Pflanzliche Substanzen</b>	

## **Johanniskraut**

Johanniskraut aus der Heilpflanze Hypericum perforatum wirkt vor allem stimmungsaufhellend und angstlösend. Die Wirksamkeit des Johanniskrauts ist abhängig von der Dosierung, sodass bei leichten depressiven Verstimmungen rezeptfreie Präparate eingesetzt werden können, bei mittelschweren Symptomen kommen üblicherweise verschreibungspflichtige Dosierungen zum Einsatz.

**Nebenwirkungen** Nebenwirkungen kann man vor allem an der Haut beobachten, etwa Exantheme, Juckreiz und Schwelungen. Besonders in Kombination mit Sonnenlicht kommt es zu einer verstärkten Lichtempfindlichkeit mit sonnenbrandähnlichen Symptomen.

**Wechselwirkungen** Johanniskraut kann die Wirkung von zahlreichen anderen Medikamenten abschwächen, beispielsweise Ciclosporine, gerinnungshemmende Medikamente wie Phenprocoumon, orale Kontrazeptiva, Digoxin und verschiedene HIV-Medikamente.

## **Lavendelöl**

Lavendelöl wird bei beginnenden Angststörungen und leichter depressiver Verstimmung eingesetzt. Die Wirkung ist entspannend, beruhigend und schlaffördernd. Lavendelöl ist apothekenpflichtig, aber rezeptfrei erhältlich.

**Nebenwirkungen** Mit Ausnahme der Fruktoseunverträglichkeit oder bei Allergien gegen Lavendel existieren keine Einschränkungen der Anwendbarkeit.

- Es ist dennoch sehr wichtig, die Einnahme von pflanzlichen Arzneimitteln mit dem behandelnden Arzt abzustimmen.

## 3.9 Symptome der Depression

---

Neben den Beeinträchtigungen der Stimmung und des Antriebs, die einer antidepressiven Therapie gut zugänglich sind, kommt es häufig auch zu Schlafstörungen mit nächtlichem Erwachen und Grübelneigung. Nur in sehr schweren Fällen sollte diese Insomnie mit Benzodiazepinen (► Kap. 4) oder anderen sedierenden Medikamenten behandelt werden, da es sich eher um ein Symptom der Depression handelt. Sobald die antidepressive Therapie zu wirken beginnt, bessert sich auch das Symptom Schlaflosigkeit.

Parallel verbessern sich dann auch die Symptome Energieverlust, innere Unruhe und Leere, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Schuldgefühle und körperliche Symptome, wie diffuse Schmerzen.

Die Depression wird oftmals auch von erheblichen Ängsten begleitet, die die Betroffenen in ihrem Alltag beeinträchtigen.

- Ängste sind jedoch nicht nur Ausdruck der Erkrankung, sie können gerade bei älteren Menschen auch Ausdruck der Lebensgeschichte sein, die häufig durch traumatische Erlebnisse geprägt wurde. Nicht nur die Kriegsgeneration, auch die Kriegskindergeneration leidet unter bewussten und unbewussten Traumata, die im Rahmen einer Behandlung wieder reaktiviert werden können.

Prinzipiell sollte bedacht werden, dass Antidepressiva nur einen Bestandteil der Therapie, meist in der akuten Phase,

darstellen. Weitere Pfeiler sind die Psychotherapie und die Prophylaxe durch Stimmungsstabilisierer.

Bei älteren Menschen findet nur selten eine angemessene Behandlung der Depression statt. Einerseits befürchten Betroffene, von Medikamenten abhängig zu werden und sprechen nur sehr zurückhaltend über die Problematik, andererseits wird vor allem bei älteren Menschen aus nicht nachvollziehbaren Gründen auf eine fachärztliche, (geronto-)psychotherapeutische Intervention verzichtet.

# Schlaf- und Beruhigungsmittel

*Simone Schmidt*

**4.1      Benzodiazepine – 44**

**4.2      Schlafmittel – 50**

4.2.1    Einzelpräparate – 51

**4.3      Pflanzliche Präparate – 52**

**4.4      Insomnie – 53**

**4.5      Unruhe – 55**

## 4.1 Benzodiazepine

Benzodiazepine besitzen alle eine beruhigende, angstlösende, entspannende und dämpfende Wirkung. Sie wirken darüber hinaus muskelentspannend und krampflösend. Aus diesem Grund werden Benzodiazepine auch vorwiegend zur Beruhigung bei Angst- und Erregungszuständen oder in Krisensituationen und unterstützend bei depressiven Störungen eingesetzt. Angewendet werden Benzodiazepine auch bei epileptischen Anfällen.

Prinzipiell unterscheidet man bei den Benzodiazepinen zwischen Substanzen mit kurzer, mittlerer und langer Halbwertszeit. Kurz wirksame Substanzen werden vor allem als Schlafmittel oder bei älteren Menschen eingesetzt, längere Halbwertszeiten werden bei chronischen Angstzuständen benötigt.

### Cave

**Die Halbwertszeit spielt auch eine Rolle bei der Beurteilung der Indikation eines Benzodiazepins als Einschlaf- oder Durchschlafmittel. Diese Unterscheidung der Schlafstörung oder Insomnie ist ein wichtiges Kriterium zur Behandlung, ebenso die Fragestellung, ob es sich um eine akute oder chronische Insomnie handelt (► Abschn. 4.4).**

Bei Einschlafstörungen sind Präparate mit kurzer Halbwertszeit indiziert, bei Durchschlafstörungen ist eine längere Halbwertszeit erforderlich. Zu beachten ist, dass einige Präparate abhängig von der Dosierung unter das Betäubungsmittelgesetz fallen können.

Wirkstoff	Präparat
Diazepam	Valium®
Lorazepam	Tavor®
Midazolam	Dormicum®

Wirkstoff	Präparat
Brotizolam	Lendormin®
Oxazepam	Adumbran®
Flurazepam	Dalmadorm®
Alprazolam	Tafil®
Bromazepam	Lexotanil®
Clobazam	Frisium®
Chlordiazepoxid	Librium®
Flunitrazepam	Rohypnol®
Prazepam	Demetrin®
Clonazepam	Rivotril®
Dikaliumchlorazepat	Tranxilium®
Lormetazepam	Noctamid®
Nitrazepam	Mogadan®
Temazepam	Remestan®
Triazolam	Halcion®
<b>Benzodiazepine</b>	

**Kontraindikation** Myasthenia gravis, Schlafapnoe, Unverträglichkeit von Benzodiazepinen, insbesondere paradoxe Reaktion, bekannte Abhängigkeitserkrankung, z. B. Alkohol, Drogen, Medikamente

➤ Von einer **paradoxa Reaktion auf Benzodiazepine spricht man, wenn das Medikament nicht beruhigend und dämpfend wirkt, sondern Erregung und Unruhe auftritt. Dies kommt vor allem bei älteren Menschen häufig vor.**

**Nebenwirkungen** Müdigkeit, Benommenheit, Konzentrationsstörungen, Hypotonie, Gangstörungen, Atemdepression und -insuffizienz, Veränderung der REM-Schlafphasen, Somnolenz, Verwirrtheit, Kopfschmerzen, Sehstörungen, Muskelschwäche, Tremor, veränderte Gefühlsempfind-

dungen, Euphorie, anterograde Amnesie, bei paradoxer Reaktion Wutanfälle, Erregungszustände, Alpträume, Halluzinationen, Unruhe

### **Cave**

Überhang oder Hangover bezeichnet die anhaltende Wirkung der Benzodiazepine nach dem Erwachen.

Dadurch kommt es zu einer ausgeprägten Tagesmüdigkeit mit Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit. Der Überhang ist abhängig von der Halbwertszeit des Präparats, dies gilt auch für die sogenannte Kumulation, also einer Anreicherung des Wirkstoffs.

Da die Benzodiazepine über ein Enzymsystem abgebaut werden und nach der Halbwertszeit noch immer die Hälfte des Wirkstoffs vorhanden ist, kommt es bei einer Anwendung über mehrere Tage zu einer Anreicherung, der sogenannten Kumulation, die vor allem bei älteren Menschen gefährlich ist, insbesondere dann, wenn eine Nieren- oder Leberinsuffizienz vorliegt. Eine entsprechende Dosisanpassung ist in diesen Fällen unerlässlich. Bei älteren Menschen wird die Dosis üblicherweise halbiert.

**Wechselwirkungen** Zentral wirksame und dämpfende Substanzen, wie Hypnotika, Sedativa, Narkotika, Neuroleptika, vor allem Clozapin, Analgetika, Antiepileptika, Antihistaminika, Antidepressiva, Lithium, Muskelrelaxanzien, außerdem Cimetidin, Omeprazol, Alkohol, Drogen, Grapefruitsaft

**Besonderheiten** Benzodiazepine besitzen eine gute Wirksamkeit gegen Anspannung und Angst, dadurch aber auch ein großes Potenzial für psychische und körperliche Abhängigkeit.

## ! Cave

**Die größte Gefahr bei der Verabreichung von Benzodiazepinen ist das hohe Suchtpotenzial. Bei einigen Benzodiazepinen, vor allem bei Lorazepam, kann eine Medikamentenabhängigkeit bereits nach wenigen Wochen Behandlungsdauer entstehen.**

Wenn Benzodiazepine zur kurzfristigen Behandlung von akuten Belastungsstörungen verabreicht werden, sollte gezielt auf Anzeichen eines Missbrauchs geachtet werden.

### Hinweise auf eine drohende Benzodiazepin-Abhängigkeit:

- Dosissteigerung, auch heimlich
- Aufsuchen von mehreren Ärzten
- Einnahme auch tagsüber
- Medikament als einzige Möglichkeit, das Problem zu lösen
- Häufiger Wunsch nach Bedarfsmedikation

Einige recht typische Situationen führen zur Verordnung von Benzodiazepinen und können dann in eine Abhängigkeit münden.

### Beispiele

Frau Dahlmann, 69 Jahre, erwacht eines Morgens und stellt fest, dass ihr Ehemann tot in seinem Bett neben ihr liegt. Da es keine Anzeichen für eine körperliche Erkrankung des Mannes gab, ist sie zutiefst schockiert. Der kurz darauf eintreffende Notarzt kann nur feststellen, dass der Tod bereits vor Stunden eingetreten ist. Zur Beruhigung bekommt Frau Dahlmann später von ihrem Hausarzt ein Rezept für ein Benzodiazepin, das sie vorübergehend einnehmen soll. Frau Dahlmann nimmt das Medikament und bemerkt sofort, dass es ihr hilft, den Schock zu verkraften und organisatorische Dinge zu erledigen. Außerdem kann sie damit am Abend besser einschlafen. Sie beschließt, das Medikament zunächst bis zur Beerdigung einzunehmen.

nehmen, da sie in der Packungsbeilage über das Risiko der Abhängigkeit gelesen hat. Nach der Beerdigung zögert sie das Absetzen des Medikaments von Tag zu Tag hinaus. Nach einigen Wochen fällt es ihr schwer, sich vorzustellen, das Medikament nicht mehr einzunehmen.

Herr Schneider, 88 Jahre, ist in seiner Wohnung gestürzt und hat sich dabei eine Schenkelhalsfraktur zugezogen. Er wird in das nächstgelegene Krankenhaus eingeliefert und soll am nächsten Tag operiert werden. Herr Schneider ist vor der Operation sehr aufgeregt und erzählt auch dem Pflegepersonal davon. Am Abend macht die Nachschwester ihren Rundgang und erkundigt sich bei Herrn Schneider, ob alles in Ordnung sei. Sie habe gehört, dass er nervös sei und Angst vor der Operation habe. Damit er gut schlafen kann, stellt sie ihm einen Medikamentenbecher mit einer Schlaftablette auf den Nachttisch, die er einnehmen könne, wenn er nicht schlafen kann. Herr Schneider kann mit der Schlaftablette sehr gut schlafen und für den Rest des stationären Aufenthalts verlangt er jeden Abend »seine« Schlaftablette, ohne die er meint, nicht schlafen zu können, weil der Zimmernachbar so schnarcht. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus lässt Herr Schneider sich das Medikament von seinem Hausarzt verordnen.

Viele weitere Situationen können dazu führen, dass eine Person kurzfristig Benzodiazepine verordnet bekommt.

### **Cave**

**Wenn Benzodiazepine plötzlich abgesetzt werden, kann es zum sogenannten Rebound-Phänomen kommen. Dabei handelt es sich um ein Wiederauftreten der zuvor behandelten Symptome, zum Teil in verstärkter Form. Benzodiazepine sollten deshalb immer langsam reduziert und ausgeschlichen werden. Wenn bereits eine Abhängigkeit besteht, kann dies sehr problematisch werden.**

Ein schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen mit der Gefahr der Abhängigkeit tritt schon bei therapeutischen Dosierungen auf. Mögliche Folgen sind Gedächtnisstörungen, paradoxe Reaktionen, Ängste, Schlafstörungen und besonders bei älteren Menschen eine psychomotorische Verlangsamung mit erhöhter Unfallgefährdung. Wenn eine Abhängigkeit entstanden ist, kommt es beim Absetzen des Präparates zu erheblichen Entzugssymptomen.

### Beispiel

Frau Huber betreibt einen langjährigen Benzodiazepinabusus, nachdem sie nach ihrer Scheidung vorübergehend ein solches Medikament verordnet bekam. Beim Einkaufen stolpert sie wegen eines Schwindels über die Gehwegkante und stürzt auf die Straße. Passanten alarmieren den Krankenwagen und Frau Huber wird in die nächste Klinik eingeliefert. Dort empfiehlt man ihr bei Verdacht auf eine Gehirnerschütterung eine statio-näre Aufnahme zur Beobachtung. Frau Huber ist darüber nicht glücklich, weil sie auf dem Weg zur Klinik ihre Handtasche mit den Medikamenten verloren hat. Schon nach wenigen Stun-den wird Frau Huber unruhig und verlangt nach einem Beruhigungsmittel. Das Pflegepersonal erklärt ihr, dass solche Medi-kamente bei ihrer Diagnose nicht ungefährlich sind. Einige Stunden später hat Frau Huber massive Entzugssymptome in Form eines Delirs. Die zuständige Pflegekraft im Nachtdienst hat keinerlei Erklärung für die plötzliche Veränderung des Zustands.

Gerade bei der Aufnahme im Krankenhaus oder dem plötzlichen Eintritt von Hilflosigkeit können Patienten mit einem schädlichen Gebrauch die benötigten Medikamente nicht mehr beschaffen und einen Entzug erleiden.

- **Der Antagonist am Benzodiazepinrezeptor Flumazenil (Anexate®) kann die Wirkung der Benzodiazepine und der Benzodiazepinrezeptor-Agonisten aufheben und ist deshalb besonders wichtig bei versehentlichen oder beabsichtigten Intoxikationen.**

## 4.2 Schlafmittel

In der Gruppe der Schlafmittel oder Hypnotika findet man heute vor allem die sogenannten Z-Substanzen, deren Bezeichnung mit Z beginnt und die formal Benzodiazepinrezeptor-Agonisten sind. Barbiturate werden hingegen nur noch in Ausnahmefällen verwendet, ebenso Chloralhydrat.

Außerdem beinhaltet diese Gruppe zwei Einzelsubstanzen, die bei älteren Menschen als Schlafmittel genutzt werden. Darüber hinaus gehören zu den Hypnotika die Benzodiazepine (► Abschn. 4.1), Antidepressiva mit sedierender Komponente (► Kap. 3) und Antipsychotika (► Kap. 5).

Wirkstoff	Präparat
Zopiclon	Ximovan®
Zolpidem	Bikalm®
Zaleplon	Sonata®
Chloralhydrat	Chloraldurat
Opipramol	Insidon®
Melatonin	Circadin®
Phenobarbital	Luminal®
<b>Schlafmittel</b>	

Benzodiazepinrezeptor-Agonisten weisen in ihrem Wirkungsprofil ähnliche Eigenschaften auf wie die Benzodiazepine, entsprechend treten auch vergleichbare Neben- und Wechselwirkungen auf.

**Kontraindikation** Myasthenia gravis, Schlafapnoe, Ateminsuffizienz, Leberschäden

**Nebenwirkungen** Müdigkeit, anterograde Amnesie, Sehstörungen, Mundtrockenheit, Kopfschmerzen, Tagesmüdigkeit und allgemeines Schwächegefühl, bitterer Geschmack, Veränderung der Reaktionsgeschwindigkeit

**Wechselwirkungen** Sedativa, Narkotika, Neuroleptika, vor allem Clozapin, Analgetika, Antiepileptika, Antihistaminiaka, Antidepressiva, Lithium, Muskelrelaxanzien, Cimetidin, Erythromycin, Clarithromycin, Ketoconazol, Carbamazepin, Phenobarbital, Phenytoin, Johanniskraut

### **!** Cave

Nach regelmäßiger Einnahme von Benzodiazepinrezeptor-Agonisten über wenige Wochen kann es zu einer Toleranzentwicklung kommen. Dieser Effekt macht sich jedoch bei einem Behandlungszeitraum unter 4 Wochen nicht bemerkbar. Dies ist auch der Vorteil der Z-Substanzen gegenüber den Benzodiazepinen, wobei es dennoch zu paradoxen Redaktionen und Rebound-Phänomenen kommen kann.

## 4.2.1 Einzelpräparate

**Oipipramol** Oipipramol ist eine antidepressivaähnliche Substanz, die eine langsam einsetzende, entspannende und angstlösende Wirkung besitzt und deshalb auch bei Einschlafstörungen eingesetzt wird. Im Gegensatz zu den Antidepressiva hat Oipipramol jedoch keine hemmende Wirkung auf den Serotonin- oder Noradrenalinrezeptor. Es existiert auch kein Abhängigkeitspotenzial, dennoch sollte das Medikament nicht abrupt abgesetzt werden.

**Melatonin** Melatonin ist ein Hormon, das in der Zirbeldrüse bzw. Epiphyse aus Serotonin produziert wird und den Tag-Nacht-Rhythmus beeinflusst. Es stammt aus dem L-Tryptophanstoffwechsel, der unter dem Einfluss von Licht und Dunkelheit gehemmt bzw. angeregt wird.

Als Medikament bei Insomnie werden 2 mg Melatonin (Circadin®) in retardierter Form zirka eine Stunde vor dem Schlafengehen eingenommen. Die Behandlung sollte mindestens drei Wochen durchgeführt werden, wenn keine schwerwiegenden Nebenwirkungen auftreten, beispielsweise Bewusstseinsverlust, Angina pectoris, Depression, Sehstörungen, Desorientiertheit, Drehschwindel, oder Hämaturie.

### **!** Cave

**Barbiturate, wie Phenobarbital, werden aufgrund der erheblichen Nebenwirkungen heute nicht mehr verordnet, besonders bei älteren Menschen gibt es dafür keine Indikation.**

## 4.3 Pflanzliche Präparate

Vor allem im häuslichen Bereich bei der Selbstmedikation kommen auch pflanzliche Präparate als erstes Mittel zum Einsatz. Die Wirkungen dieser Substanzen sind geringer als die Effekte der übrigen Hypnotika, allerdings ist dadurch die Verträglichkeit besser.

Wirkstoff	Präparat
Baldrian	Valdispert®
Hopfen	Zirkulin® Einschlafdragees (Kombination mit Baldrian)
Passionsblume	Lioran®
Kombination verschiedener Pflanzenextrakte	»Schlaftee«
<b>Pflanzliche Präparate</b>	

**Nebenwirkungen** Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut, etwa Juckreiz, Exanthem, allergische Reaktionen, Übelkeit

**!** **Cave**

Bei längerfristiger Einwirkung von Hopfen konnte man früher die Hopfenpflückerkrankheit beobachten. Dabei handelte es sich um bei Hopfenpflückern auftretende, reversible Symptome. Dazu gehören Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Konjunktivitis, Erythem, Gelenkbeschwerden; bei Frauen auch Zyklusstörungen durch den hohen Östrogengehalt des Hopfens.

**Wechselwirkungen** Keine

- Bei flüssigen pflanzlichen Arzneimitteln muss auf den Alkoholgehalt der Tinktur geachtet werden.

## 4.4 Insomnie

Das Schlafbedürfnis verändert sich physiologischerweise mit zunehmendem Alter, sodass Menschen über 60 Jahren durchschnittlich 6,5 Stunden Schlaf benötigen. Dabei ist es normal, dass die Schlafphasen kürzer werden oder auch tagsüber geschlafen wird.

Dennoch klagen viele ältere Menschen über Schlafstörungen, problematisch wird dies vor allem, wenn sie in einer Pflegeeinrichtung betreut werden. Wenn der ältere Mensch selbst nicht unter der Schlafstörung leidet, kann das Problem trotzdem von anderen als störend empfunden werden.

### Cave

**Bei der Behandlung der Insomnie wird oft unüberlegt auf Medikamente zurückgegriffen. Der erste Schritt sollte jedoch immer eine genaue körperliche Abklärung sein, wobei auch die bisher eingenommene Medikation auf mögliche Nebenwirkungen überprüft werden muss.**

Oft sind körperliche Probleme wie Schlafapnoe, Restless-Legs-Syndrom, Herz-Kreislauferkrankungen oder Schmerzen die Ursache der Schlafstörung. Medikamente, die den Schlaf beeinflussen können, sind beispielsweise Schilddrüsenmedikamente, Antidepressiva, Diuretika, Cortison, Beta-blocker oder Theophyllin.

 **Eine Insomnie sollte auch bei älteren Menschen immer durch einen Spezialisten oder ein spezialisiertes Zentrum abgeklärt werden.**

Ein weiterer Schritt sollte dann die genauere Betrachtung der Schlafbedingungen sein, um durch einfache Maßnahmen der Schlafhygiene störende Ursachen auszuschließen.

Ein Schlafprotokoll sollte ebenfalls Bestandteil der Diagnostik sein. Die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) hat auf ihrer Homepage verschiedene Formulare hinterlegt, die unter <http://www.charite.de/dgsm/dgsm/> heruntergeladen werden können.

**Allgemeine Maßnahmen zur Verbesserung der Schlafhygiene:**

- Keine schweren Abendmahlzeiten
- Kein Koffein am Nachmittag
- Ein Glas warme Milch oder Tee mit Honig vor dem Schlafengehen
- Frische Luft im Schlafzimmer
- Temperatur zwischen 16 und 18° C
- Kleiner Abendspaziergang

- Raum abdunkeln
- Keine Ablenkung durch Fernsehen oder Musik
- Regelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus
- Regelmäßige Schlafrituale
- Bei Einschlafproblemen aufstehen und kurze Ablenkung, etwa lesen, kurzer Spaziergang

**!** **Cave**

**Wenn ein Betroffener tagsüber häufig oder über längere Zeit im Bett liegt oder inaktiv ist, kann man nicht von einer Insomnie sprechen.**

Hinzukommen spezielle Probleme bei Menschen mit Demenz, etwa ein umgekehrter Tag-Nacht-Rhythmus, Ängste, Wahn und Halluzinationen oder Verkennung der Situation. Der Betroffene weiß möglicherweise gar nicht, wo er sich befindet, er ist verzweifelt auf der Suche nach seinem Zuhause und nach vertrauten Personen. In dieser Situation ist es ihm unmöglich, in einer fremden Umgebung zu schlafen.

Eine akute Insomnie, beispielsweise in einer Belastungssituation, kann über einen sehr kurzen Zeitraum von ungefähr zehn Tagen mit Medikamenten behandelt werden. Dabei ist es sinnvoll, sich am Mannheimer Stufenschema zu orientieren (► Anhang).

**➤ Eine chronische, also länger anhaltende Insomnie ohne akuten Auslöser sollte prinzipiell nicht mit Medikamenten behandelt werden.**

## 4.5 Unruhe

Auch Unruhe kann Ausdruck körperlicher Beschwerden sein, etwa Schmerzen, Inkontinenz, Blutzuckerschwankungen oder Herz-Kreislaufprobleme. Oft handelt sich auch um eine Medikamentennebenwirkung.

- **Unruhe und Verhaltensauffälligkeiten müssen für den Betroffenen nicht behandlungsbedürftig sein, möglicherweise ist es eher das Umfeld, das durch diese Symptome belastet wird.**

Wenn Unruhe und Verhaltensauffälligkeiten auftreten und mögliche Ursachen ohne deutliche Verbesserung überprüft wurden, sollten zunächst nicht-medikamentöse Maßnahmen ergriffen werden, um das Wohlbefinden des Betroffenen positiv zu beeinflussen.

Personenzentrierte und psychosoziale Interventionen, ergotherapeutische, kunsttherapeutische, biografieorientierte und validierende Maßnahmen können Ängste und Unruhe reduzieren (► Kap. 7).

- **Eine sehr kurzfristige und sehr niedrig dosierte medikamentöse Behandlung ist die letzte Therapieoption, wobei die Indikation regelmäßig evaluiert werden muss.**

# Antipsychotika

Simone Schmidt

- 5.1 Hochpotente Neuroleptika – 59
- 5.2 Mittelpotente Neuroleptika – 61
- 5.3 Niederpotente Neuroleptika – 62
- 5.4 Atypische Antipsychotika – 64
- 5.5 Besonderheiten bei älteren Menschen – 66
- 5.5.1 Spezielle Risiken älterer Menschen – 67

In die Substanzgruppe der Antipsychotika gehören alle Medikamente, die psychotische Denk- und Verhaltensstörungen beeinflussen. Hauptindikation der Antipsychotika ist somit die Behandlung von schizophrenen Psychosen, sie werden aber auch bei wahnhaften Symptomen im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen eingesetzt, beispielsweise bei Depressionen, bei Manien, beim Delirium und bei herausforderndem Verhalten im Zusammenhang mit einer Demenz. Zahlreiche Symptome können durch diese Medikamente behandelt werden.

#### **Psychotische Symptome:**

- Halluzinationen
- Wahn
- Denkstörungen
- Angstzustände
- Schlafstörungen
- Unruhe
- Erregungszustände
- Gereiztheit

Antipsychotika beeinflussen den Gehirnstoffwechsel durch die Besetzung und somit die Blockade der Dopaminrezeptoren an der postsynaptischen Membran. Dadurch wird die Dopaminaktivität reduziert. Auch andere Rezeptoren können durch Antipsychotika blockiert werden, etwa Serotoninrezeptoren.

#### **Einteilung**

Eingeteilt werden die Neuroleptika unter Berücksichtigung der pharmakologischen Entwicklung in zwei Gruppen, die klassischen oder typischen Neuroleptika der ersten Generation und die neueren, atypischen Antipsychotika der zweiten Generation.

Darüber hinaus existieren Einteilungen anhand der chemischen Struktur, die in diesem Kapitel nicht näher betrachtet werden, da sie für den Einsatz bei älteren Menschen keine große Relevanz besitzen.

Eine weitere Unterteilung der Substanzen der ersten Generation erfolgt unter Berücksichtigung ihrer Potenz in hoch-, mittel- und niederpotente Neuroleptika. Unter Potenz versteht man in diesem Zusammenhang die antipsychotische Wirksamkeit. Die Dosis des Medikaments wird dabei abgeglichen mit dem Wirkeintritt, parallel können Nebenwirkungen auftreten. Dabei sind hochpotente Neuroleptika stark antipsychotisch wirksam und besitzen eine geringe sedierende Wirkung, niederpotente Neuroleptika haben eine geringe antipsychotische Wirkung und eine stark sedierende Komponente.

## 5.1 Hochpotente Neuroleptika

---

Bei den hochpotenten Neuroleptika handelt es sich um Medikamente mit einer stark antipsychotischen und einer geringen sedierenden Wirkung, wobei die neuroleptische Potenz auch das Auftreten von extrapyramidal-motorischen Störungen, sogenannten EPMS, berücksichtigt.

### ! Cave

**Die Einnahme von hochpotenten Neuroleptika geht mit einem großen Risiko für extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen einher, die vor allem bei älteren Menschen gefürchtet sind. Diese Substanzen werden heute kaum noch verwendet, man findet sie in Ausnahmefällen bei der Behandlung von jüngeren Menschen, insbesondere mit schizophrenen Psychosen, bei schweren Erregungszuständen in der Akutphase und bei Manien.**

Wirkstoff	Präparat
Haloperidol	Haldol®
Benperidol	Glianimon®
Flupentixol	Fluanxol®
Perphenazin	Decantan®
<b>Hochpotente Neuroleptika</b>	

**Kontraindikation** Patienten mit Schlaganfallrisiko, vor allem ältere Patienten mit Demenz, Epilepsie, Krampfanfälle, Bewusstseinsstörungen, Asthma, koronare Herzkrankheit, Mukoviszidose, Harnverhalt, Atemdepression, Engwinkelglaukom, Prostatahyperplasie, Leber- oder Nierenschäden, Prolaktinom, Parkinson, Bradykardie, schwere Hypotonie, schwere Depression

**Nebenwirkungen** Motorische Störungen im Sinne eines extrapyramidalmotorischen Syndroms mit Ataxie, Tremor, Rigor, Sitz- oder Stehunruhe, Fallneigung, zu Beginn der Behandlung Frühdyskinesien, zum Beispiel Blick-, Zungen- oder Schlundkrämpfe, Kaubewegungen etc., und Spätdyskinesien in Form von unwillkürlichen Bewegungen, die auch noch nach Jahren auftreten können. Mundtrockenheit, Obstipation, Hypotonie, Sehstörungen, erhöhter Augeninnendruck, Müdigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Harnverhalt, Milchfluss, lebensbedrohliche Darmlähmung, Ödeme, Menstruationsstörungen etc.

### **!** Cave

**Frühdyskinesien in Form von Krämpfen sind für die Patienten sehr unangenehm und mit großen Ängsten verbunden. Behandelt werden Frühdyskinesien mit Biperiden (Akineton®).**

**Wechselwirkungen** MAO-Hemmer, blutdrucksenkende Medikamente, Alkohol, Opiate, Metoclopramid, Kokain und zahlreiche andere Substanzen

**Besonderheiten** Tee, Kaffee und Nikotin können die Wirkung abschwächen.

! **Cave**

**Das maligne neuroleptische Syndrom ist ein lebensbedrohlicher Zustand, der vor allem zu Beginn der Behandlung auftreten kann und sich äußert in Hyperthermie, Exsikkose, Tachykardie, generalisiertem Rigor, vegetativen Symptomen und einer Erhöhung der Creatinkinase (CK). Dabei besteht die Gefahr einer Rhabdomyolyse, von Thrombosen, Embolien, Krampfanfällen und Multiorganversagen.**

**Praxistipp**

Unerlässlich bei allen Patienten, insbesondere aber bei älteren Menschen, ist die sehr genaue Krankenbeobachtung mit einer besonderen Aufmerksamkeit für unerwünschte Wirkungen.

## 5.2 Mittelpotente Neuroleptika

Bei den mittelpotenten Neuroleptika handelt es sich um Präparate, die eine mittlere antipsychotische Potenz bei einer mittleren sedierenden Wirkung besitzen. Eingesetzt werden diese Medikamente vor allem bei chronischen Schizophrenien.

Wirkstoff	Präparat
Perazin	Taxilan®
Zothepin	Nipolept®
Melperon	Eunerpan®
Zuclopentixol	Ciatyl®

**Mittelpotente Neuroleptika**

**Kontraindikation** Morbus Parkinson, Epilepsie, Herzkrankungen

**Nebenwirkungen** Kreislaufstörungen, Bewegungsstörungen, Bewegungsdrang, Sitzunruhe, Mundtrockenheit, Müdigkeit, Akkomodationsstörungen, Blutbildveränderungen, Herzrhythmusstörungen, Sturzgefahr, Dyskinesien, malignes neuroleptisches Syndrom

**Wechselwirkungen** Narkosemittel, Alkohol, Analgetika, verschiedene Antibiotika, Grapefruitsaft

**Besonderheiten** Bei älteren Menschen werden mittelpotente Neuroleptika häufig eingesetzt, wenn herausforderndes Verhalten oder Schlafstörungen auftreten, vor allem bei Menschen mit Demenz. Der Einsatz sollte jedoch wegen erheblicher Nebenwirkungen kritisch hinterfragt werden. Alternativen werden in ▶ Kap. 7 erläutert.

### 5.3 Niederpotente Neuroleptika

---

Diese Substanzen haben nur eine leichte antipsychotische Komponente und wirken vor allem sedierend, sodass sie gerade bei älteren Menschen häufig verordnet werden. Insbesondere bei dementen Menschen werden niederpotente Neuroleptika bei Unruhe und Schlafstörungen eingesetzt.

Wirkstoff	Präparat
Pipamperon	Dipiperon®
Triflupromazin	Psyquil®
Chlorprothixen	Truxal®
Prothipendyl	Dominal®
Levomepromazin	Neurocil®
Promethazin	Atosil®

#### Niederpotente Neuroleptika

**Kontraindikation** Epilepsie, Parkinson, vorbestehende, Herzerkrankungen

**Nebenwirkungen** Appetitlosigkeit, Übelkeit, Hyperprolaktinämie, Müdigkeit, Benommenheit, Hypotonie, Gangstörungen, Veränderungen der Reizleitung am Herzen, Krampfanfälle, Depression, Dyskinesien, malignes neuroleptisches Syndrom

**Wechselwirkungen** Alkohol, zentral wirksame Medikamente, blutdrucksenkende Medikamente

**Besonderheiten** Obwohl älteren Menschen häufig niederpotente Neuroleptika verabreicht werden, besteht für diese Personengruppe eine sehr strenge Indikationsprüfung. Im Einzelfall ist abzuwägen, ob eine kurzfristige Gabe unvermeidbar ist und ob der Nutzen die Gefahr von Nebenwirkungen rechtfertigt.

! **Cave**

Falls eine kurzfristige Gabe von sedierenden Medikamenten unumgänglich ist, muss auf eine möglichst geringe Dosis geachtet werden und gegebenenfalls eine Dosisanpassung erfolgen.

**Praxistipp**

Niederpotente Neuroleptika werden auch als Antiemetikum, als Antihistaminikum oder als Begleitmedikation bei chronischen Schmerzen verabreicht.

## 5.4 Atypische Antipsychotika

Der Name atypisch oder auch Atypika beruht auf dem geringeren Risiko für typische Nebenwirkungen und beschreibt Neuroleptika der zweiten Generation.

Das seltener Auftreten von Nebenwirkungen, vor allem von extrapyramidalmotorischen Störungen, hat dazu geführt, dass atypische Antipsychotika häufiger verschrieben werden, obwohl sie zum größten Teil teurer sind als die klassischen Neuroleptika. Allerdings liegen mittlerweile auch Untersuchungen vor, die diese Vorteile als sehr gering oder nicht vorhanden beschreiben.

Wirkstoff	Präparat
Clozapin	Leponex®
Olanzapin	Zyprexa®
Risperidon	Risperdal®
Quetiapin	Seroquel®
Paliperidon	Invega®, Xeplion®
Aripiprazol	Abilify®
Ziprasidon	Zeldox®
Lurasidon	Latuda®
Sulpirid	Dogmatil®
Amisulprid	Solian®
Atypische Antipsychotika	

**Kontraindikation** Engwinkelglaukom, malignes neuroleptisches Syndrom, Herzinsuffizienz, Herzinfarkt

**Nebenwirkungen** Agranulozytose, Speichelblößen, Gewichtszunahme, Anstieg der Blutzuckerwerte bis hin zum Diabetes mellitus, Hypotonie, Bradykardie, Hyperprolaktinämie, Sitzunruhe, Schlafstörungen und Ängste, Ödeme, zum Teil Spätdyskinesien

**Wechselwirkungen** Carbamazepin, Phenytoin, Rifampicin, Omeprazol, Diuretika, Levodopa

**Besonderheiten** Wenn die Einnahme von Clozapin abrupt beendet wird, kann es zu einer sogenannten Absetzpsychose kommen. Dabei können die Symptome sogar ausgeprägter sein, als bei der ursprünglichen Erkrankung. Die Substanz hat jedoch den Vorteil, dass sie als einziges Antipsychotikum keine parkinsonähnlichen Nebenwirkungen verursacht.

Bei etlichen Antipsychotika zählt das Auftreten von psychotischen Symptomen bei älteren Menschen mit Demenz zu den Kontraindikationen.

### ! Cave

Clozapin sollte wegen der Gefahr einer Agranulozytose nur bei therapieresistenten Psychosen und unter engmaschigen, regelmäßigen Blutbildkontrollen eingesetzt werden. Eine Agranulozytose kann eine lebensbedrohliche Situation darstellen. Wichtig ist deshalb die ausführliche Aufklärung des Patienten. Das Risiko zerebrovaskulärer Ereignisse, auch mit Todesfolge, bei älteren Menschen ist bei der Einnahme von Risperidon stark erhöht, sodass der Hersteller bereits 2004 eine Änderung der Produktinformation mit zusätzlichen Informationen für Menschen mit Demenz herausgab. Nutzen und Risiken sind deshalb besonders vorsichtig abzuwägen, vor allem wenn bereits prädisponierende Faktoren vorhanden sind, beispielsweise Bluthochdruck oder kardiovaskuläre Erkrankungen. Dies gilt in besonderem Maße für Menschen mit einer vaskulären Demenz. Wenn Symptome auftreten, die auf ein zerebrovaskuläres Ereignis hinweisen, etwa Paresen, Sprachstörungen, Sehstörungen, Gesichtslähmungen etc., muss über

einen unverzüglichen Behandlungsabbruch nachgedacht werden. Zusätzlich ist der Patient bzw. sein gesetzlicher Betreuer über diese speziellen Risiken ausführlich aufzuklären.

#### Praxistipp

Auch atypische Antipsychotika sollten nur die letzte Behandlungsoption darstellen und nur über einen sehr begrenzten Zeitraum in der geringstmöglichen Dosierung verabreicht werden. Zuvor müssen alle anderen Maßnahmen ausprobiert werden (► Kap. 7). Häufig werden Nebenwirkungen der Medikation verwechselt mit einem »allgemeinen, altersbedingten, körperlichen Abbau«.

## 5.5 Besonderheiten bei älteren Menschen

Aufgrund der möglichen und zum Teil erheblichen Nebenwirkungen von Antipsychotika ist eine intensive Krankenbeobachtung besonders wichtig, auch bei sehr geringen Dosisierungen. Dabei sollte das Augenmerk auf Nebenwirkungen gerichtet werden, die besonders häufig auftreten und bei älteren Menschen zu Schädigungen führen können.

- Oft zeigen sich unerwünschten Wirkungen zu Beginn der Behandlung und können dann in einen direkten Zusammenhang mit der Medikation gebracht werden. Schwieriger wird dies bei Nebenwirkungen, die schleichend auftreten und sich bei längerer Behandlungsduer verschlechtern. Hier wird oft einen altersbedingter körperlicher Abbau vermutet.

## 5.5.1 Spezielle Risiken älterer Menschen

**Herzkreislaufsystem** Auswirkungen auf die Herzkreislauffunktion treten gerade bei älteren Menschen häufig auf, so dass eine engmaschige Kontrolle der Vitalwerte notwendig ist.

**Sturzrisiko** Veränderungen des Blutdrucks wirken sich auch auf das Gangbild aus, in Kombination mit motorischen Nebenwirkungen ist das Sturzrisiko oft erhöht. Aus diesem Grund ist die Medikation mit Psychopharmaka auch Bestandteil der anerkannten Sturzrisikofaktoren.

Verstärkt wird dieses Problem zusätzlich durch die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen, die wiederum Unruhe, Ängste und Panik bei den Betroffenen auslösen können und im schlimmsten Fall zu einer Steigerung der Medikamentendosis führen.

**Dekubitusrisiko** Schon zu Beginn der Behandlung kann es durch eine Verminderung des Schmerzempfindens auch zu einem erhöhten Dekubitusrisiko kommen. Begünstigt wird die Entstehung eines Dekubitus außerdem durch die Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Rahmen der Medikation. Besonders wichtig für diese Patienten sind deshalb eine gezielte Bewegungsförderung und die Anleitung zu Mikrobewegungen und regelmäßigen Positionswechseln. Auch Schmerzerhebungen (► Anhang) und Beobachtungen von Mimik, Körperhaltung, Verhalten und Wohlbefinden tragen zu einer Verminderung des Dekubitusrisikos bei.

**Gewichtsverlust** Ein weiterer wichtiger Risikofaktor für ältere Menschen, die mit Antipsychotika behandelt werden, ist die Appetitlosigkeit, möglicherweise in Kombination mit Mundtrockenheit oder Schluckstörungen. Eine mögliche Folge dieser unerwünschten Wirkungen kann ein schleierchender, stetiger Gewichtsverlust sein, der entsprechende

weitere Probleme verursacht, zum Beispiel Sturzneigung, Wundheilungsstörungen, allgemeine Schwäche und Antriebslosigkeit sowie eine Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten.

Begünstigt wird die Gefahr des Gewichtsverlustes außerdem durch das Auftreten von innerer Unruhe, vor allem Sitzunruhe. Die Betroffenen sind dann nicht in der Lage, während einer Mahlzeit sitzen zu bleiben und zu essen. Oft stehen sie nach wenigen Minuten auf und gehen weg, zum Teil vergessen sie dabei, dass sie gerade eine Mahlzeit einnehmen und verbrauchen zusätzlich viele Kalorien. Eine kurzfristige Abhilfe zur Vermeidung eines kontinuierlichen Gewichtsverlustes ist in diesem Fall zwar das Angebot von hochkalorischer Kost, Zwischenmahlzeiten, Fingerfood oder Essstationen, besser ist es jedoch, das Risiko im Vorfeld zu vermeiden, indem die Medikation regelmäßig sehr kritisch hinterfragt wird.

#### Praxistipp

Immer wieder kann man beobachten, dass ältere Menschen sich körperlich stabilisieren, wenn die Dosierung der Antipsychotika reduziert beziehungsweise das Medikament komplett abgesetzt wird.

**Exsikkose** Die Faktoren, die einen Gewichtsverlust verursachen, können auch das Trinkverhalten beeinflussen. Innerhalb weniger Tage kann es dann zu einem Flüssigkeitsmangel mit der Gefahr einer Exsikkose kommen. Wenn dieses Problem nicht rechtzeitig erkannt wird, kann im weiteren Verlauf sogar Fieber auftreten. Eine Berechnung des Flüssigkeitsbedarfs und die Dokumentation der entsprechenden Trinkmenge kann dazu beitragen, weitere Gefahren, etwa die Entstehung eines deliranten Syndroms (► Kap. 6) durch

die Exsikkose zu vermeiden. Bei ausgeprägten Schluckstörungen kommt es allerdings auch vor, dass kurzfristig intravenöse oder subkutane Infusionen verabreicht werden müssen.

**Praxistipp**

Häufig kann man beobachten, dass bereits eine einzige Infusion zu einer deutlichen Verbesserung von Verhaltensauffälligkeiten, Schwäche und Unruhe führt. Auch in diesem Fall ist es jedoch besser, durch eine regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit der Medikation derartige Probleme im Vorfeld zu vermeiden.

**Unruhe, Ängste und delirante Symptome** Nebenwirkungen, die durch einen Flüssigkeitsmangel, Benommenheit oder auf andere Art zu wahnhaften Verkennungen, motorischer Unruhe, Ängsten oder gar Erregungszuständen führen, werden oft als Verschlechterung der Grunderkrankung betrachtet und bewirken statt einer Dosisreduktion eine Dosissteigerung, was für den Patienten einen Teufelskreis aus Verstärkung der Nebenwirkung und weiterer Erhöhung der Dosis bedeuten kann.

Aufmerksamkeit, Zuwendung, Zeit und Gespräche sowie das Ernstnehmen von Empfindungen und Wahrnehmungen des Betroffenen können dazu beitragen, diesen Teufelskreis zu durchbrechen. Bevor Antipsychotika eingesetzt beziehungsweise höher dosiert werden, sollten alternative Maßnahmen ausprobiert werden, beispielsweise das »Verjagen« von Halluzinationen (► Kap. 7).

**Kontinenz** Die Einnahme von Antipsychotika kann zu Beeinträchtigungen der Kontinenz führen, unter anderem auch durch Orientierungsstörungen, Ängste oder durch ein

erhöhtes Sturzrisiko bei Toilettengängen. Für die Betroffenen ist dies besonders unangenehm, da das Auftreten einer Inkontinenz häufig mit einem Eingriff in die Intimsphäre verbunden ist.

### ! Cave

In der professionellen Pflege und Betreuung von älteren Menschen, insbesondere von Menschen mit Demenz, ist es für die Mitarbeiter sehr belastend, alternative Maßnahmen aus Zeitmangel nicht anwenden zu können. Es ist jedoch ein Trugschluss anzunehmen, dass durch die Verabreichung von Psychopharmaka Zeit »gespart« werden kann, da die oben erwähnten Risiken und Gefahren ihrerseits zu einem Verlust der Autonomie führen und dadurch ein erhöhter Zeit- und Pflegebedarf entsteht.

**Wohlbefinden** Eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens entsteht nicht nur durch die Grunderkrankung, sie kann durch die Einnahme von Medikamenten noch verstärkt werden. Dabei spielen die häufigsten Nebenwirkungen wie Müdigkeit und Benommenheit eine große Rolle. Die Patienten sind deshalb oft nicht einmal in der Lage, alltägliche Aktivitäten, beispielsweise Körperpflege, Nahrungsaufnahme, Toilettengänge oder eine sinnvolle Beschäftigung, selbstständig durchzuführen.

### ! Cave

Weitere, insbesondere extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen, beeinflussen das Wohlbefinden in besonderem Maße.

Es ist deshalb sinnvoll, vor oder zu Beginn der Behandlung eine Messung des Wohlbefindens mithilfe einer standardisierten Skala durchzuführen und diese in regelmäßigen Abständen zu wiederholen. Dadurch können Veränderungen schneller erkannt und entsprechend darauf reagiert werden.

Ein Beispiel für eine Skala, das »Profil des Wohlbefindens«, findet sich im Anhang (► Anhang).

Entwickelt wurde dieses Instrument ursprünglich von der Bradford Dementia Group in Großbritannien anhand der Erkenntnisse von Tom Kitwood. Eine deutsche Übersetzung veröffentlichte die Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen, getragen von der Landesregierung, der Stiftung für Wohlfahrtspflege des Landes NRW und den Pflegekassen. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe KDA wirkte dabei beratend und koordinierend mit.

# Besondere Probleme älterer Menschen

*Simone Schmidt*

- 6.1 Soziale Isolation – 74**
- 6.2 Fremde Umgebung – 76**
- 6.3 Schwäche – 78**
- 6.4 Demenz – 80**
- 6.5 Folgen – 82**
  - 6.5.1 Ängste – 83**
  - 6.5.2 Schlafstörungen – 84**
  - 6.5.3 Herausforderndes Verhalten – 85**
  - 6.5.4 Delir – 87**

- Auch Menschen, die in ihrem ganzen Leben nicht psychiatrisch erkrankt waren und deshalb auch nicht psychiatrisch diagnostiziert sind, bekommen gegebenenfalls Psychopharmaka verordnet. Auslösende Situationen können akut auftretende körperliche Erkrankungen mit einem zunehmenden Unterstützungsbedarf sein, die Trauer und Resignation auslösen. Aber auch der schleichende Verlust geistiger Fähigkeiten und daraus resultierende Verhaltensänderungen, etwa im Rahmen einer demenziellen Entwicklung, können Grund der Behandlung sein.

Die häufigsten körperlichen und psychosozialen Aspekte werden an dieser Stelle zunächst genauer betrachtet, um Folgen und Handlungsmöglichkeiten für die Betroffenen zu erkennen.

## 6.1 Soziale Isolation

---

Der gesellschaftliche und demografische Wandel, körperliche Gebrechen und eventuelle Veränderungen von Denkprozessen und Wahrnehmungsfähigkeit können zu einer zunehmenden Vereinsamung und Isolierung führen. Ältere Menschen verlieren nach und nach den Kontakt zu Angehörigen, zu Freunden und Bekannten, zu Nachbarn oder ziehen sich in ihre eigene Welt zurück.

Mit dem Eintritt des Rentenalters verlieren sie oftmals eine sinnvolle Aufgabe, möglicherweise ein ausreichendes Einkommen und später werden auch Freizeitbeschäftigungen nach und nach eingestellt.

Eventuell ändert sich durch die Vereinsamung das Verhalten des älteren Menschen. Trauer und Resignation können die Folge sein, auffällige Verhaltensweisen, beispielsweise Selbstgespräche, können entstehen, eine Veränderung der

Tagesstruktur bis hin zum umgekehrten Tag-Nacht-Rhythmus ist ebenfalls möglich oder der Betroffene verlässt seine Wohnung oder das Bett gar nicht mehr.

### Beispiel

Frau Müller, 92 Jahre alt, lebt alleine in einer kleinen Wohnung mitten in der Stadt. Sie kann viele alltägliche Dinge noch gut alleine bewältigen, etwa Einkaufen, Kochen, Putzen etc. Eines Tages wird sie von ihrer Nachbarin völlig erschöpft und mit einer schweren Einkaufstasche auf der Straße angetroffen. Diese erkundigt sich was passiert sei. Frau Müller erklärt ihr, dass sie jetzt wirklich nicht mehr könne, in ihrer Wohnung würden mittlerweile mindestens sieben andere Personen wohnen, die sie mit Essen versorgen müsse. Die Nachbarin begleitet Frau Müller in ihre Wohnung und kann dort niemanden sehen. Sie veranlasst die Einweisung in eine Klinik. Dort stellt sich heraus, dass Frau Müller die Personen tatsächlich halluziniert hatte. Sie möchte jedoch nicht, dass die Halluzinationen komplett verschwinden, da sie sich ganz alleine in ihrer Wohnung bereits seit vielen Jahren sehr einsam fühle. Ihr Wunsch ist es lediglich, die Anzahl der Personen zu reduzieren.

Für die wenigen verbliebenen Kontakte können derartige Veränderungen befremdlich erscheinen, eventuell sogar behandlungsbedürftig.

#### Praxistipp

In verschiedenen Projekten wurden ältere Menschen systematisch gescannt und es wurde ein beratender Hausbesuch angeboten. Dadurch können körperliche und psychische Probleme erkannt und Unterstützungs-möglichkeiten angeboten werden. Hilfreich sind außerdem Maßnahmen, die eine Reintegration ermöglichen,

beispielsweise Besuche von Ehrenamtlichen, Einbindung in Betreuungsgruppen, Unterstützung bei alltäglichen Aktivitäten oder Kontaktangebote in Mehrgenerationsprojekten. Die Möglichkeit einer sinnvollen Beschäftigung ist ebenfalls hilfreich.

Die Vermeidung von sozialer Isolation kann dazu beitragen, eine medikamentöse Behandlung zu umgehen.

## 6.2 Fremde Umgebung

Eine plötzliche Veränderung des Aufenthaltsortes ist für viele ältere Menschen ein gravierender Einschnitt. Häufig führen stationäre Aufenthalte zu akut auftretenden Orientierungsstörungen und Verhaltensänderungen.

Kleinere Unfälle, Operationen oder Stürze mit behandlungsbedürftigen Verletzungen, die zu einer Krankenhausaufnahme führen, gehören zu den häufigsten Situationen, in deren Folge Pflegebedürftigkeit und Betreuungsbedarf deutlich werden.

Ältere Menschen haben meist größere Schwierigkeiten, sich in einer fremden Umgebung zurechtzufinden. Gerade in der Nacht kommt es dann vor, dass sie sich auf der Suche nach der Toilette nicht mehr orientieren können, herumirren und in fremde Zimmer gehen. Die meisten Kliniken sind auf solche Verhaltensweisen nicht gut vorbereitet und können diese auch personell nicht bewältigen, sodass aus Fürsorge für den Patienten und zur Entlastung des Personals Psychopharmaka verabreicht werden.

Auch die Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung verursacht Orientierungsstörungen. Besonders in den ersten vier Wochen nach der Aufnahme kommt es vermehrt zu

nächtlichem Aufstehen, möglicherweise auch mit der Folge von Stürzen oder dem unbemerkt Verlassen der Pflegeeinrichtung.

### Beispiel

Frau Reichert ist in den letzten Monaten zunehmend pflegebedürftig geworden. Auch ihr Gedächtnis und die Orientierung haben sich schlechend verschlechtert. In Absprache mit ihrer Familie kommt sie zur stationären Aufnahme in ein Pflegeheim. Ihre drei Kinder und deren Ehepartner wechseln sich täglich mit Besuchen ab und haben auch einen guten Kontakt zum Pflegepersonal. Nach sechs Wochen erkundigt sich die Schwiegertochter nach dem Gewicht der Bewohnerin, da sie das Gefühl hat, dass die Kleidung zu weit geworden ist. Tatsächlich hatte Frau Reichert abgenommen. Die Familie ist besorgt und beschließt, die Besuche auf die Essenszeiten auszudehnen. Als die Schwiegertochter beim Abendessen neben Frau Reichert sitzt, bemerkt sie, dass diese sehr müde ist und beim Essen fast einschläft. Nach der Mahlzeit gibt ihr die Mitarbeiterin einen Becher mit einem Medikament. Die Schwiegertochter ist irritiert, weil ihre Angehörige vor der Heimaufnahme am Abend überhaupt keine Medikamente eingenommen hat. Sie erkundigte sich bei der Mitarbeiterin. Diese erklärt ihr, dass es sich um die Schlaftablette handle. Die Schwiegertochter kann das nicht verstehen und fragt, warum ihre Schwiegermutter nun plötzlich eine Schlaftablette benötigen würde. Die Mitarbeiterin erklärte ihr, dass die Schwiegermutter nachts sehr unruhig sei und auf den Gängen umhergehe, sodass der Hausarzt angekommen wurde und dieser eine Schlaftablette verordnet habe. Die Schwiegertochter von Frau Reichert ist darüber verärgert. Sie ist der Meinung, dass sie als gesetzliche Betreuerin über diese Maßnahme hätte informiert werden müssen.

Auch hier können die Fürsorge und das Verantwortungsfühl des Pflegepersonals dazu führen, dass Bewohner mit

sedierenden Medikamenten behandelt werden, um Folgeschäden zu vermeiden.

- **Die Verabreichung von Psychopharmaka in der Folge eines Ortswechsels könnte in vielen Fällen vermieden werden, wenn die personelle Situation in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen eine intensivere Betreuung bis hin zu einer 1:1-Betreuung zulassen würde. Die gesetzlichen Mindestvorgaben entsprechen offensichtlich nicht dem Bedarf, der eine hohe Pflegequalität in diesem Zusammenhang abbildet und der auch dem Qualitätsanspruch der Mitarbeiter an sich selbst entspricht.**

Zusätzlich können demenzspezifische Angebote, etwa die stationäre Aufnahme von Begleitpersonen, demenzfreundliche Zimmer oder Stationen und die Unterstützung von älteren Menschen in stationären Einrichtungen durch geschulte Ehrenamtliche, zur Verbesserung der Versorgung beitragen.

### 6.3 Schwäche

---

Mit zunehmendem Alter verändern sich Stoffwechselfunktionen, die Herz-Kreislauftfunktion, die Funktion der Sinnesorgane, die Mobilität, die Muskelmasse, der Appetit und dergleichen mehr.

All diese Veränderungen haben nicht nur körperliche Einschränkungen zur Folge, sie können auch zu Verhaltensänderungen beitragen. Alltägliche Aktivitäten, etwa die Körperpflege, Toilettengänge, die Nahrungsaufnahme, Arbeit und Beschäftigung, fallen schwerer, werden nicht mehr so häufig oder gerne ausgeübt und im Anschluss sind längere Erholungsphasen notwendig. Selbst Gespräche können ältere Menschen zunehmend anstrengen.

Normalerweise versuchen ältere Menschen ihren Tagesablauf an die veränderten körperlichen Ressourcen anzupassen. Im häuslichen Rahmen ist dies oft auch problemlos möglich. Sobald der ältere Mensch jedoch Unterstützung in Anspruch nehmen muss, wird sein Tagesablauf auch durch die zeitlichen Vorgaben von Angehörigen und Pflegekräften bestimmt.

### Beispiel

Die 93-jährige Frau Bauer befindet sich für vier Wochen in der Kurzzeitpflege, da ihre Tochter nach sieben Jahren wieder einmal in Urlaub fahren wollte. Am ersten Abend gegen 17 Uhr versucht die Tochter ihr telefonisch mitzuteilen, dass sie gut am Urlaubsort angekommen ist. Frau Bauer geht jedoch auch nach mehreren Versuchen nicht ans Telefon. Die Tochter ist besorgt und ruft im Dienstzimmer an. Wenig später ruft ihre Mutter zurück. Sie liege im Bett und das Bettgitter sei oben, deshalb habe sie nicht ans Telefon gehen können. Die Tochter ist entsetzt. Ihre Mutter geht üblicherweise erst gegen 22.30 Uhr zu Bett. Frau Bauer erklärt ihr, dass die Mitarbeiter sehr viel Arbeit hätten und sie deswegen bereit gewesen sei, auch schon früher zu Bett zu gehen. Es sei zwar sehr langweilig, für vier Wochen wäre dies aber kein Problem. Am nächsten Morgen meldet sich die Tochter noch einmal telefonisch, um sich nach dem Befinden der Mutter zu erkundigen. Auch diesmal liegt die Mutter im Bett, obwohl sie schon mehrfach geklingelt und darauf aufmerksam gemacht hatte, dass sie dringend frühstückt müsse, das sie Diabetes habe und ihr ohne Frühstück schlecht werde. Die Mutter möchte sich darüber aber nicht beschweren. Es sei eine Mitarbeiterin krank geworden und sie wolle ja auch niemandem zur Last fallen. Nach zehn Tagen bricht die Tochter von Frau Bauer ihren Urlaub ab, da sie am Telefon immer wieder den Eindruck hat, dass der Zustand ihrer Mutter sich verschlechtert.

Wenn körperliche Bedürfnisse nicht mehr vollkommen selbstständig erfüllt werden können und die in Anspruch genommene Unterstützung nicht den individuellen Wünschen entspricht, kann dies zu Verzweiflung, Wut, Ablehnung und Resignation führen, möglich sind aber auch delirante Symptome, etwa durch eine unzureichende Flüssigkeitsaufnahme, die dann gegebenenfalls durch Psychopharmaka behandelt werden.

## 6.4 Demenz

---

Der häufigste Auslöser für eine Medikation mit Psychopharmaka ist die Entwicklung demenzieller Symptome, unabhängig von deren Ursache.

- **Das Auftreten von Gedächtnisproblemen, Missverständnissen, Orientierungsproblemen, wahnhaften Gedanken oder Halluzinationen sowie das Verkennen von Situationen ist für das soziale Umfeld der Betroffenen meistens eine große Belastung. Angehörige, die einen dementen Menschen möglicherweise 24 Stunden pro Tag betreuen, und professionelle Pflegekräfte, die an ihrem Arbeitsplatz einem zunehmenden Leistungsdruck ausgesetzt sind, kommen auch bei größter Motivation oft an ihre Belastungsgrenzen.**

Dies führt dann zu einem Teufelskreis aus zunehmenden Anforderungen an Angehörige und Pflegepersonal und zunehmender Erschöpfung dieses Personenkreises. Für den Betroffenen bedeutet dies, dass die Betreuungspersonen unter zunehmendem Stress stehen, den der Betroffene intuitiv spürt und auf den er mit wachsender Unruhe und Ängsten reagiert.

## Beispiel

Aus dem Alltag gibt es zahlreiche Beispiele, von denen hier nur einige aufgelistet werden:

- Der demente Mensch versucht die Einrichtung oder seine Wohnung unbemerkt zu verlassen.
- Auf der Suche nach Bezugspersonen begibt er sich in fremde Zimmer.
- Er stellt kontinuierlich die gleichen Fragen, etwa »Wo ist denn meine Mutter?« oder »Wann fährt der nächste Bus?«
- Er versucht sein Bett zu verlassen, trotz Dauerkatheter oder Infusion.
- Er vergisst, dass er alleine nicht gehen kann oder Betruhe einhalten muss.
- Er nimmt Gegenstände aus anderen Nachttischen.
- Er isst das Essen von anderen, obwohl er nüchtern bleiben sollte.
- Er vergisst, dass er schon gegessen hat und verlangt nach dem Mittagessen.
- Er beschuldigt andere Personen, dass sie ihn bestohlen hätten.
- Er versteckt Gegenstände.
- Er verweigert Medikamente, da er diese sonst auch nicht nehme.
- Er verweigert die Körperpflege, weil er sich nicht vor anderen Personen ausziehen möchte.
- Er ruft nachts um Hilfe.
- Er stöhnt, brummt, ruft, schimpft oder weint kontinuierlich.
- Er spricht Personen immer mit dem falschen Namen an.
- Er zieht sich aus und läuft ohne Kleidung umher.
- Er findet die Toilette nicht oder kann sie nicht als solche erkennen.

Nicht selten kommt es durch diesen Teufelskreis auch zu Eskalationen, die auf beiden Seiten Verunsicherung auslösen. Wenn demente Menschen, Angehörige oder Pflege-

kräfte die Selbstbeherrschung verlieren, kann dies auch zu verbalen Auseinandersetzungen oder körperlicher Gewalt führen, mit der Folge von Verzweiflung und eventuell eines schlechten Gewissens.

#### Praxistipp

Die wichtigste Maßnahme, um eine Medikation mit Psychopharmaka in diesen speziellen Pflegesituationen zu verhindern, ist die frühzeitige Entlastung von Angehörigen beziehungsweise die Optimierung der Arbeitssituation der professionellen Pflege.

Eine Grundvoraussetzung hierfür ist, dass über derartige Belastungen auch gesprochen wird. Für Angehörige muss es einen Ansprechpartner in Krisensituationen geben, der zu einer schnellen Entlastung beitragen kann, in der professionellen Pflege kann eine gute Kooperation im Team, Supervision oder betriebliche Gesundheitsförderung zur Entlastung beitragen.

Sowohl für Angehörige als auch für die professionelle Pflege ist es hilfreich, die Ursachen der herausfordernden Verhaltensweisen zu kennen und dem Betroffenen Verständnis entgegenzubringen. Geduld und Einfühlungsvermögen sind Grundvoraussetzung, um die Gabe von Psychopharmaka zu vermeiden, auch wenn es nicht möglich ist, die Gründe des Verhaltens genau zu bestimmen.

## 6.5 Folgen

Verschiedene Faktoren spielen eine Rolle, wenn ältere Menschen Unterstützung benötigen, und oftmals treten diese Faktoren kombiniert auf. Die daraus resultierenden Folgen

sind jedoch oft ähnlich und werden deshalb im Folgenden kurz beschrieben.

### 6.5.1 Ängste

Wenn eine Person in eine hilflose Lage gerät, sei es durch eine körperliche Einschränkung oder durch eine demenzielle Veränderung, ist die Folge immer das Auftreten von Ängsten. Demente Menschen sind oft nicht in der Lage, diese Ängste in Worte zu fassen, sodass das Umfeld nicht weiß, ob und wovor der Betroffene sich fürchtet.

#### ! Cave

**Das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, löst bei den Betroffenen Verzweiflung, Wut und möglicherweise existenzielle Bedrohungen bis hin zur Panik aus.**

Die Hauptaufgabe des höheren Lebensalters ist es auch, wichtige Lebensereignisse zu verarbeiten, noch vorhandene Konflikte zu klären und sich mit der eigenen Vergänglichkeit auseinanderzusetzen. Die heutige Generation der Älteren beschäftigt sich in diesem Zusammenhang insbesondere mit traumatischen Kriegserlebnissen, Hunger, Flucht, Verlust der Heimat und von nahestehenden Menschen.

#### Praxistipp

Oft sieht man ältere Menschen passiv im Sessel sitzen und hat das Gefühl, man müsse sie aktivieren und beschäftigen. Es ist jedoch auch eine wichtige Form der Beschäftigung, mit seinen Gedanken alleine zu sein oder über Erlebnisse sprechen zu können, wenn man dies möchte.

Gedanken an traumatische Erlebnisse, Verluste, eine drohende Abhängigkeit oder den nahenden Tod sind beängstigend und werden von fast allen älteren Menschen erlebt, unabhängig davon, ob sie körperlich und geistig gesund oder eingeschränkt sind.

Ängste können durch verschiedene Maßnahmen reduziert werden, vor allem dann, wenn der ältere Mensch nicht in der Lage ist, diese auszudrücken und im Gespräch zu thematisieren. Diese Maßnahmen zur Vermeidung einer Psychopharmakamedikation werden in einem gesonderten Kapitel erläutert (► Kap. 7).

## 6.5.2 **Schlafstörungen**

---

Wenn Sorgen und Ängste einen älteren Menschen quälen, kann dies auch zu nächtlichem Erwachen und Grübeln führen. Auch körperliche Inaktivität und Bewegungsmangel verursachen ein fehlendes Schlafbedürfnis, vor allem dann, wenn tagsüber immer wieder Ruhe- oder kurze Schlafphasen auftreten.

Normalerweise versucht der ältere Mensch in seiner gewohnten Umgebung selbstständig mit dem Problem umzugehen, beispielsweise durch eine kleine Mahlzeit, Lesen, Fernsehen oder andere Formen der Ablenkung.

### Weitere Ursachen für Schlafstörungen:

- Hunger
- Schmerzen
- Laute Umgebung, Geräusche
- Halluzinationen
- Umgekehrter Tag-Nacht-Rhythmus
- Stoffwechselstörungen
- Innere Unruhe
- Fehlende Schlaufrituale
- Unbequeme Schlafposition

Schlafstörungen werden vor allem dann zum Problem, wenn der Betroffene sich in einer Pflegeeinrichtung befindet oder wenn Angehörige durch die nächtlichen Aktivitäten geweckt werden.

### **!** Cave

**In diesem Fall kann der Wunsch von Angehörigen, Pflegekräften sowie von anderen Patienten oder Bewohnern dazu führen, dass der Betroffene ein Schlafmedikament verabreicht bekommt.**

Alternative Maßnahmen zur Verbesserung der Schlafqualität werden in ▶ Kap. 7 beschrieben.

Um Schmerzen nicht zu übersehen, kann man sich an einer Skala orientieren, die speziell für Menschen mit Kommunikationsproblemen entwickelt wurde.

Das FremdeinschätzungsInstrument ZOPA<sup>©</sup> (Zurich Observation Pain Assessment) beinhaltet 13 Items, die Hinweise auf Schmerzen geben, damit Menschen mit einer kognitiven Störung oder einer Bewusstseinsbeeinträchtigung keinen unerkannten und unbehandelten Schmerzen ausgesetzt sind. Im Anhang befindet sich eine Übersicht mit den Inhalten des ZOPA<sup>©</sup> (▶ Anhang).

### **6.5.3 Herausforderndes Verhalten**

---

Besonders belastend für das soziale Umfeld sind sogenannte herausfordernde Verhaltensweisen. Dazu gehören zahlreiche unterschiedliche Auffälligkeiten, die vom Umfeld des Betroffenen als Herausforderung betrachtet werden und üblicherweise auch eine Reaktion hervorrufen.

#### **Herausfordernde Verhaltensweisen:**

- Jammern
- Schreien, Rufen
- Weinen

- Schweigen
- Schlagen
- Beißen
- Spucken
- Kratzen
- Zielloses Umhergehen
- Gezieltes Umherlaufen
- Nächtliches Gehen
- Ständiges Wiederholen von bestimmten Handlungen
- Hin- oder Weglaufen
- Verfolgen und dergleichen mehr

Verständlicherweise ist das Auftreten derartiger Verhaltensweisen für die Umgebung irritierend und kann zum einen dazu führen, dass der Betroffene Ablehnung erfährt, oder zum anderen bewirken, dass eine Medikation mit beruhigenden Präparaten als Lösung und Entlastung betrachtet wird.

► **Beide Möglichkeiten können allerdings auch dazu führen, dass sich das herausfordernde Verhalten noch verstärkt.**

In zahlreichen Studien wurde versucht, Gründe für herausfordernde Verhaltensweisen zu finden und daraus Handlungsmöglichkeiten und angemessene Maßnahmen abzuleiten. Verschiedene Ergebnisse werden ebenfalls in ► Kap. 7 erläutert.

#### Praxistipp

Um die Wirksamkeit der durchgeföhrten Maßnahmen prüfen zu können, ist es sinnvoll, das Auftreten von herausforderndem Verhalten zu erfassen, um anschließend vergleichen zu können, ob die Maßnahmen tatsächlich

zu einer Veränderung geführt haben. Eine Möglichkeit zur Erfassung von herausforderndem Verhalten ist das Cohen Mansfield Agitation Inventory, das im Anhang vorgestellt wird (► Anhang).

#### 6.5.4 Delir

Eine häufige Komplikation älterer Menschen ist das Delirium bzw. das delirante Syndrom. Der Begriff Delirium (Delir) stammt vom griechischen »leros«: Irrsinn, Unsinn und vom lateinischen »delirare«: wahnsinnig sein. Prinzipiell handelt es sich um eine Bewusstseinsstörung.

Dabei kommt es zu einer akut oder schleichend auftretenden Störung des Bewusstseins mit verminderter Konzentration, Störungen von Gedächtnis und Orientierung, und Wahrnehmungsstörungen im Sinne von Halluzinationen, die eine große Unruhe und Angst auslösen. Im Gegensatz zur Demenz und zur Depression ist beim Delirium das Bewusstsein reduziert.

##### Praxistipp

Typisch für das Delirium sind nestelnde Bewegungen der Hände.

##### ➤ Ein Delirium ist immer ein Notfall!

Ausgelöst werden kann das Delirium durch **zahlreiche Ursachen**, z. B.:

- Fieber
- Sauerstoffmangel
- Nach Operationen

- Infektionen, z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündung
- Herzinsuffizienz, Blutarmut
- Störungen des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts
- Alkoholentzug
- Medikamentenintoxikation
- Stoffwechselstörungen

Das Delir ist dringend behandlungsbedürftig, da es eine lebensbedrohliche Situation für den Betroffenen darstellt. Durch die Belastung besteht die Gefahr des Herz-Kreislaufversagens.

- **Wichtig und in vielen Fällen schwierig ist das rechtzeitige Erkennen des Delirs, damit eine stationäre Krankenhausaufnahme und eine Behandlung eingeleitet werden können. Dies betrifft vor allem das hypoaktive Delir, bei dem die Betroffenen nicht durch Agitiertheit auffallen. Wegen der möglichen vitalen Bedrohung ist beim deliranten Syndrom der kurzfristige Einsatz von Medikamenten in Kombination mit nicht-pharmakologischen Maßnahmen gerechtfertigt.**

# Pflegerische Alternativen zu Medikamenten

Simone Schmidt

- 7.1 S3 Leitlinie »Demenzen« – 91**
  - 7.1.1 Psychosoziale Interventionen – 92
  - 7.1.2 Kognitive Verfahren – 92
  - 7.1.3 Ergotherapie – 93
  - 7.1.4 Körperliche Aktivität – 94
  - 7.1.5 Künstlerische Therapien – 94
  - 7.1.6 Sensorische Verfahren – 96
  - 7.1.7 Psychosoziale Interventionen bei spezieller Indikation – 99
- 7.2 Grundsatzstellungnahme des MDS – 102**
  - 7.2.1 Pflegerische Maßnahmen – 103
- 7.3 Weitere Maßnahmen – 109**
  - 7.3.1 Validation – 109
  - 7.3.2 Einsatz von Reizen – 111
  - 7.3.3 Biografieorientierte Beschäftigung – 114
  - 7.3.4 Einsatz von technischen Hilfsmitteln – 117

- 7.3.5 Tagesstruktur – 117
- 7.3.6 Milieugestaltung – 118
- 7.3.7 Existenzielle Erfahrungen – 121
- 7.3.8 Erinnerungsarbeit – 123

#### **7.4 Gefahren vermeiden – 124**

- 7.4.1 Evaluation – 125
- 7.4.2 Risiken – 126

#### **7.5 Deeskalation – 128**

- 7.5.1 ProDeMa® – 132
- 7.5.2 Kontaktreflexion – 133
- 7.5.3 Das Newcastle Angebot – 134

In diesem Kapitel werden zunächst therapeutische Verfahren vorgestellt, die der S3-Leitlinie »Demenzen« der DGPPN entnommen sind, anschließend werden weitere nicht-medikamentöse Verfahren beschrieben, die dazu beitragen können, eine Verordnung zu verhindern. Berücksichtigt werden dabei auch die Inhalte der Grundsatzstellungnahme »Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen« des MDS. Schließlich werden Maßnahmen aufgeführt, die im Falle einer Medikation dazu beitragen können, dass für den Betroffenen keine Gefahren entstehen oder diese möglichst schnell erkannt werden. Der letzte Abschnitt beinhaltet Möglichkeiten der Deeskalation, um verbale oder körperliche Aggressionen schon im Vorfeld zu verhindern.

Dabei gilt folgender Grundsatz:

- **Der erste Schritt ist immer das Abwägen zwischen den beiden Fragestellungen: »Welche Gefahren entstehen für den Betroffenen, wenn keine Psychopharmaka verabreicht werden?« und »Welche Gefahren entstehen für den Betroffenen durch die Medikation?«**

## 7.1 S3 Leitlinie »Demenzen«

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) und weitere Fachgesellschaften haben in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. – Selbsthilfe Demenz im November 2009 eine Leitlinie zur Behandlung der Demenzen herausgegeben. Neben der Beschreibung der medikamentösen Therapie beinhaltet die Leitlinie zahlreiche Verfahren zur nicht-medikamentösen Behandlung von Menschen mit Demenz.

### 7.1.1 Psychosoziale Interventionen

---

Dabei handelt es sich um einen sehr wichtigen Bestandteil der Betreuung von dementen Menschen unter Einbezug ihrer Angehörigen, da diese im Alltag eine wichtige Rolle spielen. Zum Einsatz kommen beispielsweise psychotherapeutische Verfahren, die zum einen angewendet werden, um eine Depression beim Erkrankten zu behandeln, zum anderen werden verhaltenstherapeutische Verfahren eingesetzt, um die Belastung der pflegenden Angehörigen zu reduzieren.

### 7.1.2 Kognitive Verfahren

---

Dabei handelt es sich um verschiedene Methoden des kognitiven Trainings bzw. Interventionen zur Aktivierung kognitiver Funktionen, etwa Gedächtnis, Aufmerksamkeit oder Sprache. Unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes werden unterschiedliche Methoden eingesetzt.

#### Methoden:

- Kognitives Training: Übungen zur Verbesserung der kognitiven Funktionen
- Kognitive Stimulation: Anregung kognitiver Fähigkeiten durch Aktivierung und Gespräche
- Kognitive Rehabilitation: Kombination aus den ersten beiden Methoden
- Realitätsorientierungstraining: Verbesserung der Orientierung durch Orientierungshilfen
- Reminiszenz bzw. autobiografische Arbeit: Aktivierung durch emotional positiv besetzte autobiografische Inhalte

Dabei kommen die Trainings- und Rehabilitationsverfahren vor allem zu Beginn der Erkrankung zum Einsatz, die biografieorientierten Methoden können im gesamten Verlauf der Erkrankung angewendet werden.

Auch wenn die Effekte des Trainings gering sind, tragen sie zu einer Verbesserung der Alltagsfunktionen bei, ein Einfluss auf das Wohlbefinden der Betroffenen ist vor allem bei den anderen Verfahren erkennbar.

**Realitätsorientierungstraining (ROT)** Beim Realitätsorientierungstraining werden kontinuierlich Hinweise auf die Realität angeboten, um den Betroffenen dadurch die Orientierung zu erleichtern. Ursprünglich wurde diese Methode als formales Training entwickelt, bei dem der Betroffene immer wieder Informationen wiederholen musste, um diese zu verinnerlichen, beispielsweise »Mein Name ist Lieschen Müller.« Da die Betroffenen bei diesem Vorgehen überfordert und bevormundet wurden, wird das Realitätsorientierungstraining mittlerweile eher in Form von Realitätsorientierungshilfen (► Kap. 7.3) angeboten.

**Selbsterhaltungstherapie (SET)** Bei der Selbsterhaltungstherapie nach Barbara Romero werden noch vorhandene Fähigkeiten und Ressourcen genutzt, um das Selbstwertgefühl des Betroffenen zu stärken. Ziel ist es, unter Einbezug der Angehörigen das innere Bild des Betroffenen von sich selbst zu stabilisieren und so weit als möglich zu erhalten. Dadurch kommt es zu einem positiven Effekt auf die Stimmung, auf das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen.

### 7.1.3 Ergotherapie

---

Eine Ergotherapie dient der Verbesserung oder dem Erhalt von alltäglichen Aktivitäten mit dem Ziel einer größtmöglichen Autonomie und Selbstständigkeit und dadurch der Erhaltung der gesellschaftlichen Teilhabe und der Lebensqualität.

Die Wirksamkeit der Ergotherapie konnte vor allem im häuslichen Umfeld der Betroffenen beobachtet werden, insbesondere dann, wenn Angehörige oder Bezugspersonen in die Behandlung mit einbezogen werden.

### 7.1.4 Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivierung beeinflusst nicht nur die Beweglichkeit und den Gleichgewichtssinn, sie hat auch Auswirkungen auf kognitive Fähigkeiten, Alltagsfunktionen, auf das Schlafverhalten, das Verhalten im Allgemeinen und die Ausprägung einer depressiven Stimmungslage.

Dabei spielt es keine Rolle, welche Art der körperlichen Aktivierung ausgeübt wird, vielmehr sollte sich das Angebot an den individuellen Vorlieben des Betroffenen orientieren.

#### Praxistipp

Sportliche Aktivitäten, die der Betroffene früher regelmäßig ausgeübt hat, können jederzeit abgerufen werden. Wer immer gern getanzt hat, kann durch Tanzen aktiviert werden, der passionierte Radfahrer fühlt sich auch im Verlauf der Demenz auf dem Fahrrad wohl, und Betroffene, die früher regelmäßig schwimmen gegangen sind, werden dies auch mit einer fortgeschrittenen Demenz noch mit Vergnügen machen.

### 7.1.5 Künstlerische Therapien

Bei diesen Therapieformen werden Ressourcen aktiviert, die unabhängig von der Sprachfähigkeit des Betroffenen vorhanden sind. Menschen mit Demenz profitieren von der Möglichkeit, auf nonverbaler Ebene aktiviert zu werden,

und dadurch die Wahrnehmung und andere Ressourcen zu stärken.

Die häufigsten Formen der künstlerischen Therapien können sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich eingesetzt werden.

## Musiktherapie

Der Vorteil der Musiktherapie ist die Möglichkeit, biografische Elemente zu berücksichtigen. Dabei kann entweder Musik aus der Vergangenheit des Betroffenen vorgespielt und dadurch das Wohlbefinden gesteigert und Aggressionen reduziert werden oder der demente Mensch bekommt die Möglichkeit, selbst Musik zu machen, indem ihm verschiedene Instrumente angeboten werden.

Auch das Singen ist ein Bestandteil der Musiktherapie, da es nachgewiesenermaßen das Wohlbefinden steigert. Ohne Aufwand kann alleine oder in einer Gruppe gesungen werden.

## Kunsttherapie

Auch wenn die Studienlage nicht eindeutig ist, kann man davon ausgehen, dass ein Teil der Betroffenen von der Kunsttherapie profitiert. Die Möglichkeit, durch Kreativität und verschiedene Materialien die eigenen Gefühle zum Ausdruck zu bringen, ohne kommunizieren zu müssen, ist für manche Betroffene hilfreich.

Ein weiterer Vorteil der Kunsttherapie besteht darin, dass das dabei entstehende Produkt für ein positives Feedback sorgen kann und man außerdem die Möglichkeit hat, darüber ins Gespräch zu kommen.

## Tanztherapie

Durch Initiativen wie »Wir tanzen wieder« und die spezifische Weiterbildung von Tanzlehrern hat sich die Tanztherapie in einigen Regionen bereits etabliert. Zum einen konnte

festgestellt werden, dass auch Menschen, die nicht mehr gut gehen können oder gar im Rollstuhl sitzen, dennoch tanzen können und Freude an der Bewegung empfinden. Zum anderen werden mittlerweile auch Tanzveranstaltungen für Menschen mit Demenz und deren Angehörige angeboten, von denen beide Gruppen profitieren, da sie dadurch aus dem oft »festgefahrenen« Pflegealltag ausbrechen können und gemeinsam ein positives Erlebnis teilen.

## Theatertherapie

Die Theatertherapie ist noch nicht sehr verbreitet, sodass bisher auch keine eindeutigen Ergebnisse zum Nutzen dieser Therapieform vorliegen. Dennoch können damit sicherlich einige Betroffene emotional erreicht werden, insbesondere dann, wenn in der Biografie schon ein eindeutiger Bezug zum Theater erkennbar ist. Manche Menschen profitieren auch von dem Gefühl, einer Gruppe anzugehören.

### 7.1.6 Sensorische Verfahren

Unter diesem Begriff werden alle Interventionen zusammengefasst, die die gezielte Aktivierung von Sinnesorganen beinhalten. Auch hier sind kommunikative Fähigkeiten keine Voraussetzung, jedoch sollte der Betroffene keine Einschränkungen des Hörens, des Riechens bzw. Veränderungen des taktilen Empfindens mitbringen.

## Aromatherapie

Die Beeinflussung des Wohlbefindens durch Gerüche ist bei vielen Menschen möglich. Dabei ist es von Vorteil, biografische Informationen über Vorlieben und Abneigungen des Betroffenen zu erheben. In der Leitlinie wird erwähnt, dass die äußerliche Anwendung von Melissenöl bei Unruhe hilfreich sein kann. Dabei ist allerdings immer auf die Verträg-

lichkeit oder mögliche Allergien zu achten. Weitere Vorschläge zum Einsatz von Gerüchen beinhaltet der zweite Teil dieses Kapitels (► Abschn. 7.3).

## Snoezelen

Beim Snoezelen handelt sich um ein multisensorisches Verfahren, bei dem gleichzeitig mehrere Sinne angesprochen werden.

Snoezelen ist ein Kunstwort aus dem Niederländischen, das sich aus den Begriffen »snuffelen« (schnüffeln) und »doezelen« (dösen) zusammensetzt. Es wurde in den 1970er-Jahren in den Niederlanden in Einrichtungen für schwer behinderte Menschen entwickelt. Hinter Snoezelen steht ein multifunktionales Konzept: In einem ansprechend gestalteten Raum werden über Licht-, Klang- und Tonelemente, Aromen und Musik Sinnesempfindungen ausgelöst. Diese wirken auf die verschiedenen Wahrnehmungsbereiche nach Bedarf entspannend, aber auch aktivierend.

Viele stationäre Einrichtungen hatten Snoezelen-Räume eingerichtet, was durch die technische Ausstattung mit einem Wasserbett und einem Projektor relativ kostspielig ist. Man stellte dann jedoch fest, dass die Räume nicht von allen Betroffenen in Anspruch genommen werden.

- **Demente Menschen haben oftmals Ängste, Snoezelen-Räume zu betreten, alternativ werden heute oft sogenannte Sinnesdecken oder mobile Einheiten zum Snoezelen genutzt.**

## Massagen

Massagen und körperliche Berührungen haben einen nachweislich beruhigenden Effekt und dienen in diesem Fall als Kommunikationsmittel. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass das individuelle Empfinden von Nähe und Distanz eines jeden Betroffenen variabel ist.

Berührungen sind im Umgang mit dementen Menschen immer ein wichtiges Element. Es ist allerdings zu bedenken, dass die Berührung für beide Interaktionspartner angenehm oder unangenehm sein kann.

### Cave

**Berührungen dürfen bei dementen oder psychisch veränderten Menschen niemals unangekündigt bzw. unvorbereitet erfolgen.**

Einige Betroffene reagieren abwehrend oder gar aggressiv, wenn sie unvorbereitet angefasst werden.

Demente Menschen können häufig die Person, die ihnen gegenüber steht, nicht einordnen und fühlen sich bedroht, wenn eine ihnen fremde Person sie unangekündigt berührt. Alltägliche und sozial akzeptierte Körperkontakte, etwa Händeschütteln zur Begrüßung oder jemanden anerkennend auf die Schulter klopfen, werden normalerweise toleriert.

### Praxistipp

Rumpfferne Berührungen werden besser toleriert als rumpfnahe Körperkontakte!

Bei ungewünschten Körperkontakten kommt es jedoch häufig zu Abwehrreaktionen durch den Betroffenen, die sich in Schreien, Schlagen oder Weglaufen äußern. Dazu zählt beispielsweise das unvorhersehbare In-den-Arm-nehmen oder das Streicheln im Gesicht.

Bei allen körperlichen Kontakten muss immer berücksichtigt werden, dass die Maßnahmen für den Betroffenen nicht als Bedrohung empfunden werden.

## Lichttherapie

Helles Licht soll bei dementen Menschen einen positiven Einfluss auf Verhalten, Wohlbefinden und den Schlaf-Wach-

Rhythmus haben. Die Studienlage ist diesbezüglich jedoch nicht eindeutig, sodass eine direkte Empfehlung in der S3-Leitlinie nicht ausgesprochen wird.

### 7.1.7 Psychosoziale Interventionen bei spezieller Indikation

---

Vor allem bei psychischen und Verhaltenssymptomen kommen psychosoziale Interventionen zum Einsatz.

#### Mögliche Interventionen:

- Patientenzentriertes Verhaltensmanagement
- Schulungsprogramme für Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen
- Angehörigenedukation
- Kognitive Stimulation

Die Leitlinie führt an dieser Stelle auch die Rahmenempfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Bereich der stationären Pflege für den Umgang mit psychischen und Verhaltenssymptomen bei Demenzerkrankten auf.

#### Übersicht über die Inhalte der Rahmenempfehlung des BMG:

- Verstehende Diagnostik zur Identifizierung von Bedingungsfaktoren
- Einsatz von Assessment-Instrumenten zur systematischen Aufdeckung und Dokumentation von herausforderndem Verhalten
- Validierendes Verhalten
- Erinnerungspflege
- Basale Stimulation, Snoezelen, körperliche Berührung
- Bewegungsförderung
- Handeln in Krisensituationen mit Selbst- und Fremdgefährdung

Diese Maßnahmen werden im zweiten Teil dieses Kapitels (► Abschn. 7.3) eingehender betrachtet.

## Maßnahmen bei Depressionen

In diesen Zusammenhang werden verschiedene Maßnahmen aufgeführt, die einen positiven Einfluss auf die Stimmungslage des Betroffenen haben können.

### Mögliche Maßnahmen:

- Supervidierte ehrenamtliche Kontakte
- Kognitive Gruppentherapie
- Freizeitaktivitäten
- Unterstützung und Edukationsprogramme für Pflegende
- Verhaltenstherapie
- Körperliche Aktivierung

## Bewegungsdrang

Bei einem erhöhten Bewegungsdrang, dem sogenannten »Wandering«, kommen verschiedene Interventionen zum Einsatz, die in der Leitlinie jedoch wegen fehlender Evidenz nicht konkretisiert werden.

## Verbesserung der Nahrungsaufnahme

Für den Bereich Ernährung werden zahlreiche Maßnahmen beschrieben, die dazu beitragen können, einen Gewichtsverlust zu verhindern. An dieser Stelle erfolgt lediglich eine Aufzählung der möglichen Interventionen, da die geeigneten Maßnahmen im individuellen Fall variabel sind.

### Mögliche Maßnahmen:

- Gewichtskontrollen
- Hochkalorische Nahrungsmittel
- Schulung von Angehörigen
- Positive Verstärkung während der Mahlzeiten, verbale Aufforderung
- Familienähnliche Essenssituation

- Visuelle Kontraste der Nahrungsmittel
- Behandlung von Schluckstörungen
- Einsatz von Hilfsmitteln
- »Führen« beim Essen anstelle von Essen anreichen
- Kooperation mit Logopäden
- Angebot von appetitanregender Nahrung
- Angebot von Nahrungsmitteln, die gut schluckfähig sind

## Verbesserung des Schlafrhythmus

Die wichtigste Maßnahme zur Verbesserung des Tag-Nacht-Rhythmus sind Aktivierungsangebote im Tagesverlauf, wobei in der Leitlinie angeführt wird, dass diese Angebote für etwa 1 bis 2 Stunden pro Tag stattfinden sollen. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass der Zeitrahmen von den individuellen Bedürfnissen des Betroffenen geprägt wird. Bei Fortschreiten der Demenz mit kürzeren Phasen von Konzentration und Ausdauer sollten die Angebote entsprechend in kürzere Intervalle aufgeteilt werden, beispielsweise im Rahmen der 10-Minuten-Aktivierung.

## Entlastung pflegender Angehöriger

Sämtliche Interventionen zur Vermeidung einer Psychofarmakamedikation sind nur dann erfolgreich, wenn auch die Angehörigen in die Maßnahmen einbezogen werden. Hilfreich sind alle Maßnahmen, die dazu beitragen, Angehörige aufzuklären, zu unterstützen, zu entlasten, zu beraten oder psychotherapeutisch zu betreuen.

### Praxistipp

Besonders effektiv sind aufsuchende oder telefonbasierte Interventionen, da viele Angehörige den Betroffenen nicht alleine lassen möchten. Auch Internetangebote werden zunehmend genutzt.

## Rehabilitation

Menschen mit Demenz werden bei körperlichen Erkrankungen seltener rehabilitiert als andere Patienten. Dabei könnten auch Betroffene mit einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung von Fachrehabilitationsprogrammen nachweislich profitieren.

### Praxistipp

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen können auch in der stationären Altenhilfe eingesetzt werden.

Im folgenden Abschnitt werden weitere Verfahren beschrieben, die bei dementen oder psychisch veränderten Menschen eingesetzt werden können, um eine Verordnung von Psychopharmaka im Vorfeld zu verhindern.

## 7.2 Grundsatzstellungnahme des MDS

Der Medizinische Dienst des Spaltenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. MDS hat 2009 eine Grundsatzstellungnahme zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz herausgegeben. Auch wenn die Inhalte sich explizit an stationäre Einrichtungen richten, können die meisten Informationen auch in anderen Pflegesettings hilfreich sein.

Zunächst wird die Diagnostik betrachtet, wobei an dieser Stelle vor allem die Pflegediagnostik erwähnt werden soll. Assessmentinstrumente, die in der Grundsatzstellungnahme ausführlich dargestellt sind, können hier nur stichpunktartig aufgeführt werden.

### Pflegerisches Assessment:

1. Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität bei Demenz
  - Dementia Care Mapping (DCM)

- H.I.L.D.E. (Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker in stationären Pflegeeinrichtungen)
2. Instrumente zur Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit
- Mini Mental Status Test – MMST
  - Demenz Detection Test – DemTect
  - Clock Completion Test – CC
  - Test zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung – TFDD
3. Instrumente zur Einschätzung nicht-kognitiver Symptome
- Cohen-Mansfield Agitation Inventory – CMAI
  - Geriatrische Depressionsskala – GDS (Kurzversion)
  - Neuropsychiatric Inventory (NPI)
  - Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER)
4. Instrumente zur Einschätzung von Selbständigkeit und Risiken
- Barthel Index, FIM
  - Sturzrisiko
  - Schmerzeinschätzung BESD
  - Mini Nutritional Assessment MNA

Die Grundsatzstellungnahme beschreibt außerdem methodische und konzeptionelle Ansätze der Pflege und Betreuung von dementen Menschen.

### 7.2.1 Pflegerische Maßnahmen

---

Zahlreiche Maßnahmen können bei der Pflege und Betreuung von dementen Menschen hilfreich sein. Im Folgenden werden die wichtigsten Inhalte der Grundsatzstellungnahme zusammengefasst.

## Personenzentrierte Pflege nach Kitwood

Der von dem britischen Psychologen Tom Kitwood 1995 entwickelte Ansatz der personenzentrierten Pflege stellt die Einzigartigkeit der Person in den Mittelpunkt. Der Erhalt und die Stärkung des Personseins ist das oberste Ziel in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Wichtige Faktoren sind Kommunikation, Validation ► Abschn. 7.3, Basale Stimulation ► Abschn. 7.3, Umgang mit Tieren, Humor und Feste.

Voraussetzungen für eine personenzentrierte Pflege von Menschen mit Demenz sind innere Ruhe, Empathie, Flexibilität, Stabilität, Ungezwungenheit in der Kontaktaufnahme und Belastbarkeit. Dazu muss sich die Betreuungsperson selbst wohlfühlen, offen und flexibel sein und nicht als »kontrollierend-kritisches Elternteil« gegenüber dem Menschen mit Demenz agieren.

Kitwood hat ein sehr umfangreiches Assessment entwickelt, das Dementia Care Mapping DCM, das das Wohlbefinden der Betroffenen durch Beobachtung misst, um den Erfolg von geplanten Maßnahmen zur Steigerung des Wohlbefindens bewerten zu können.

## NICE Leitlinie 42

Das Nationale Institut für Gesundheits- und klinische Exzellenz (NICE) von Großbritannien hat in der Leitlinie Nr. 42 die Hypothese von Kitwood aufgegriffen und zusätzlich einen Bezug zu dem in England seit 2005 bestehenden »Mental Capacity Act« hergestellt. Dieses Gesetz regelt die Rechte von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, somit auch von dementen Menschen, und basiert auf folgenden Hauptprinzipien:

### Prinzipien des Mental Capacity Act:

- Bis zum Beweis des Gegenteils muss davon ausgegangen werden, dass Erwachsene die Fähigkeit besitzen, für sich selbst zu entscheiden.

- Jedem Einzelnen muss jegliche verfügbare Unterstützung zu Teil werden, bevor man zum Schluss kommt, dass er/sie keine Entscheidungen für sich selbst mehr treffen kann.
- Jedem Einzelnen muss das Recht erhalten bleiben, auch sonderbare oder unklug erscheinende Entscheidungen zu treffen.
- Alles was für oder im Namen einer Person mit Beeinträchtigungen der Aktivitäten gemacht wird, muss in deren bestem Interesse geschehen.
- Alles was für oder im Namen einer Person mit Beeinträchtigungen der Aktivitäten gemacht wird, muss die am wenigsten einschränkende Alternative in Bezug auf ihre Rechte und Grundfreiheiten sein.

Die Berücksichtigung dieser Prinzipien bewirkt eine würdevolle Haltung gegenüber den Betroffenen und bestimmt somit das Verhalten im Umgang mit Menschen mit Demenz. Dadurch werden Vielfalt und Gleichberechtigung ermöglicht, eine verständliche Sprache gesprochen, ethische Grundsätze bedacht und die Zustimmung des Betroffenen bei pflegerischen Maßnahmen eingeholt.

#### Praxistipp

Wenn dies im Verlauf der Erkrankung nicht mehr möglich ist, sollten im Voraus Verfügungen getroffen werden.

## Pflege am Lebensende

- » Die Pflege von Demenzkranken sollte ein palliativ-pflegerisches Konzept enthalten, das mit dem Zeitpunkt der Diagnosestellung beginnt und mit dem Tode endet. Ziel sollte es sein, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu fördern und ihnen einen Tod in

Würde zu ermöglichen und das in einer selbstgewählten Umgebung, in der auch die pflegenden Angehörigen begleitet werden in ihrem schmerzlichen Verlust, der vor oder nach dem Tode des Demenzkranken auftreten kann.

Durch diese Empfehlungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, die die Grundsatzstellungnahme beinhaltet, werden Palliativpflege und Schmerzmanagement bei Menschen mit Demenz gezielt gefordert.

## Erlebensorientierte Pflege – Mäeutischer Ansatz

Bei der Mäeutik handelt es sich um eine niederländische Variante der Konzeption Validation. Im Gegensatz zur Validation ist das Erleben des Menschen mit Demenz im Hier und Jetzt bedeutsam.

Im mäeutischen Ansatz geht man davon aus, dass Demenzkranke nicht immer alle ihre Gefühle äußern (emotionale Ausbrüche können auch im gerontopsychiatrischen Krankheitsgeschehen begründet sein) und dass nicht alle Betroffenen Ereignisse aus der Vergangenheit verarbeiten, die sie zuvor verdrängt hatten.

Im Modell wird das als »unvollendete Vergangenheit« bezeichnet und bedeutet, dass niemand alles verarbeiten kann, was ihm jemals widerfahren ist. Das mäeutische Modell geht davon aus, dass es zwei Erlebenswelten gibt: die der Pflegenden und die der Betreuten. Als Pflegende gilt es, beide Erlebenswelten zu kennen und zu verstehen, um damit z. B. Stress- und Krisensituationen gemeinsam mit dem Demenzkranken bewältigen zu können. Bezugs- und Beziehungspflege sind wichtige Bestandteile des Modells. Entwickelt wurde es von Cora van der Kooij, einer niederländischen Demenz-Expertin.

## Psychobiografisches Modell nach Erwin Böhm

Erwin Böhms psychobiografisches Modell basiert auf einem »Reaktivierungsmodell«, das an die teilweise verschütteten Fähigkeiten der Betroffenen anknüpfen will. Danach sollen Pflegende nicht alles für den zu Pflegenden übernehmen, sondern »mit der Hand in der Hosentasche« so Unterstützung anbieten, dass der Betroffene in die Lage versetzt wird, früher gewohnte und vertraute Tätigkeiten wieder selbst auszuführen. Grundvoraussetzung für die Pflege und Betreuung nach Böhm ist die Arbeit mit der Biografie des Betroffenen. Nach Böhm fällt der Mensch mit Beginn des geistigen Abbaus zurück in die Prägungsphase seiner ersten 25–30 Lebensjahre. Mit zunehmendem Alter und wachsenden kognitiven Störungen wird die Prägung des Menschen für die Pflegenden relevant. Für das Verständnis eines Menschen mit Demenz ist es von Bedeutung, was er in seiner Kinder- und Jugendzeit erlebt hat, aus welchem Zuhause er kommt und was für ihn »normal« war und ist, das so genannte »Normalitätsprinzip«.

## Zehn-Minuten-Aktivierung

Die Zehn-Minuten-Aktivierung stellt eine Form der Erinnerungsarbeit dar, die über vertraute Gegenstände, z. B. aus dem Alltagsleben der Menschen der betroffenen Altersgruppe, Erinnerungen wachruft und so zur allgemeinen Aktivierung und Lebendigkeit beiträgt. Sie wurde speziell für Menschen mit Demenz entwickelt, um sie körperlich und geistig zu aktivieren und ihre Sinne anzuregen. Es geht bei dieser Methode auch darum, zu aktivieren ohne zu überfordern.

## Humor in der Pflege

Beim Humor als Pflegekonzept ist es nicht nur das Ziel, Menschen zum Lachen zu bringen, vielmehr soll eine entspannte und heitere Gelassenheit als Lebensstimmung er-

reicht werden, die die Lebenssituation erleichtern und Genesungsprozesse beschleunigen kann.

## Kommunikation

Fähigkeiten und Fertigkeiten des Pflege- und Betreuungspersonals zur verbalen und nonverbalen Kommunikation sind in der Betreuung von Menschen mit Demenz von großer Bedeutung, dabei ist ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Empathie, Nähe und Distanz zu wahren. Die wichtigste Grundregel für die Kommunikation mit Menschen mit Demenz ist, dass das Kommunikationsverhalten an den Schweregrad der Demenz angepasst werden muss:

### Anangepasste Kommunikation

1. Im frühen Stadium der Demenz orientierende, nicht korrigierende Informationen einfließen lassen
2. Im mittleren Stadium den Schwerpunkt der Kommunikation auf die emotionale Ebene legen z. B. durch Validation ► Abschn. 7.3
3. Im späten Stadium den Schwerpunkt der Kommunikation auf die nonverbale Kommunikation legen z. B. durch Basale Stimulation, Berührung ► Abschn. 7.3

Grundsätzlich sollten bei der Kommunikation mit demennten Menschen einige wichtige Aspekte beachtet werden.

#### Grundregeln der Kommunikation:

- Blickkontakt aufnehmen und aufrechterhalten
- Nicht von hinten ansprechen
- Kurze einfache Sätze verwenden
- Mehrfachaufforderungen in einem Satz vermeiden
- Doppelte Verneinung vermeiden
- Fragen vermeiden
- Auf Gefühlssignale achten und diese für den Menschen mit Demenz formulieren

- Paraphrasieren, d. h. den Kern der Botschaft unter Verwendung der selben Schlüsselwörter wiederholen
- Handlungen verbal ankündigen und erklären und ggf. durch Berührung Kontakt aufnehmen
- Erinnerungen wecken durch Gespräche über Vergangenheit, Bilder, Musik, Gegenstände
- Lieder, Gedichte, Sprichwörter, Metaphern etc. benutzen

## 7.3 Weitere Maßnahmen

In der Rahmenempfehlung des Bundesgesundheitsministeriums wird explizit das Verfahren der Validation aufgeführt. Zum besseren Verständnis sollen praktische Erläuterungen ergänzt werden.

### 7.3.1 Validation

Der Begriff Validation stammt aus dem Englischen und wurde von der amerikanischen Sozialarbeiterin Naomi Feil begründet. In der Übersetzung versteht man darunter »Wertschätzung« bzw. »etwas für gültig erklären«.

#### Validation

Validation ist eine Methode, um mit desorientierten Menschen zu kommunizieren. Validation basiert auf einem empathischen, also einfühlenden Ansatz und einer ganzheitlichen Erfassung des Individuums. Indem man »in die Schuhe eines anderen Menschen schlüpft« und »mit seinen Augen sieht«, kann man in seine Welt vordringen und die Gründe für ein manchmal seltsames Verhalten enträtseln.

Naomi Feil wuchs in einem Pflegeheim in Cleveland, Ohio, auf, da ihre Eltern dort beide arbeiteten, nachdem sie als Juden 1936 aus Deutschland geflohen waren. Sie wurde, genau wie ihre Mutter, Sozialarbeiterin und entwickelte zwischen 1963 und 1980 die Methode der Validation.

Grundlage der Methode ist der Gedanke, dass Verhaltensauffälligkeiten dadurch entstehen, dass der demente Mensch unerledigte Dinge seines Lebens noch aufarbeiten muss. Der Validationsanwender (VA) hilft ihm durch spezielle Gesprächstechniken dabei, Stress abzubauen, und ermöglicht es dadurch, Würde und Glück wiederzuerlangen.

### Beispiel

Frau Weber: »Ich muss dringend nach Hause.«

VA (Validationsanwender): »Sie müssen nach Hause?«

Frau Weber: »Selbstverständlich, mein Mann und meine Kinder warten doch auf mich. Ich habe jetzt wirklich keine Zeit mehr.«

VA: »Ihr Mann und Ihre Kinder warten also.«

Frau Weber: »Genau, deshalb muss ich mich jetzt sehr beeilen, ich muss etwas zu essen machen.«

VA: »Sie sind wohl eine sehr gute Köchin?«

Frau Weber: »Doch, das kann man wohl sagen. Bei mir hat es immer allen gut geschmeckt, und das war wahrhaftig nicht immer leicht, vor allem in den schlechten Zeiten, etwas Gutes auf den Tisch zu bringen. Das können Sie mir glauben.«

VA: »Das glaube ich Ihnen, Sie haben sicher schwierige Zeiten hinter sich gebracht.«

Frau Weber: »Das habe ich wohl, mein Mann ist ja im Krieg gefallen, mein Bruder Josef auch und ich musste die Kinder ganz alleine großziehen.«

VA: »Das war eine schwierige Aufgabe und Sie haben sie gut bewältigt.«

Frau Weber: »Das war keine leichte Aufgabe, aber es ist aus allen etwas geworden und ich bin froh, dass meinen Buben erspart geblieben ist, dass sie auch in den Krieg ziehen muss.«

ten. Sie waren ja noch so klein, der Große war gerade 14 geworden und der Kleine war ja auch erst zwölf Jahre alt.«

VA: »Da hatten Sie sicher große Sorgen.«

Frau Weber: »Oh ja, ich hatte große Angst um meine Kinder.

Auch dass sie im Krieg krank werden könnten.«

VA: »Das kann ich mir gut vorstellen.«

Frau Weber: »Aber ich habe immer gut aufgepasst und habe mir das Essen vom Mund abgespart. Und nebenher habe ich immer noch genäht, damit ich den Kindern ein bisschen Wurst oder ein paar Eier kaufen konnte.«

VA: »Ihr Mann wäre sicher sehr stolz auf Sie, dass Sie so fleißig und mutig waren.«

Frau Weber: »Das kann gut sein.«

VA: »Da hat er auch guten Grund dazu.«

Auf dem Prinzip der Wertschätzung basiert auch die Integrative Validation (IVA) nach Nicole Richard, bei der vorhandene Ressourcen gezielt genutzt werden sollen. Der emotionale Gehalt von Aussagen und Verhalten eines dementen Menschen wird bei dieser Methode aufgegriffen und validiert, um einen Zugang zu seiner Erlebniswelt zu gewinnen. Voraussetzung hierfür ist das Vorhandensein der Sprachfähigkeit.

### 7.3.2 Einsatz von Reizen

In der Leitlinie werden sensorische Interventionen zur basalen Stimulation angeführt, die im Folgenden mit Beispielen aus dem Pflegealltag ergänzt werden.

Bei einer sehr schweren Demenz ist das Ziel der Beschäftigung vor allem das Wohlbefinden des Betroffenen. Demente Menschen, die unter einer Reizarmut leiden, da sie Reize kaum noch aufnehmen oder verarbeiten können, sollten eine Behandlung erhalten, bei der Reize gezielt eingesetzt werden.

Der gezielte Einsatz von Reizen, etwa bei der Aromatherapie, ermöglicht es, Ersatzhandlungen zu reduzieren. Menschen, die unter einer Reizverarmung leiden, versuchen sich selbst durch immer wiederkehrende Handlungen Reize zuzuführen. Diese Handlungen sind für die Umwelt meist störend und belastend.

#### **Ersatzhandlungen:**

- Bestreichen von Flächen, etwa dem Tisch
- Klopfen, etwa auf den Tisch, auch mit Gegenständen
- Kontinuierliches Rufen von Worten oder Satzteilen
- Umherwandern
- Kaubewegungen
- Selbstgespräche
- Halluzinationen
- Jammern
- Schreien

#### **Praxistipp**

Werden dem Betroffenen andere Reize angeboten, sind die Ersatzhandlungen nicht mehr erforderlich. Das Jammern oder Schreien löst eine Vibration des Brustkorbs aus und kann als Ersatzhandlung für taktile Reize betrachtet werden. Daher kann es oft durch Berührungsreize reduziert werden.

Reize aus allen Bereichen der Sinneswahrnehmung können eingesetzt werden. Der Einsatz von optischen Reizen ist zeitlich begrenzt und kann deshalb mit anderen Reizen kombiniert werden.

### **Optische Reize**

Das Betrachten von Fotoalben, Bildern oder Erinnerungsalben ist ein positiver Reiz, der das Auftreten von Ersatzhandlungen reduziert.

## Akustische Reize

Zu den akustischen Reizen, die der Reizverarmung entgegenwirken, zählt jede Art von Musik und Gesang. Auch Vorlesen und Gespräche sind akustische Reize, die bei dementen Menschen eine vorübergehende Beruhigung bewirken können, aber nicht müssen.

### Praxistipp

Wichtig ist immer die Beobachtung, wie der Betroffene auf den angebotenen Reiz reagiert. Dabei spielt auch der Musikgeschmack eine große Rolle.

## Berührungsreize

Berührungsreize können problemlos in verschiedene Situationen integriert werden. Das Berühren, Beklopfen, Streicheln und Massieren von rumpffernen Körperteilen trägt häufig zur Beruhigung des Betroffenen bei.

Menschen mit Demenz können auch von sich aus Gegenstände berühren, dabei sollten ihnen verschiedene Dinge angeboten werden, die man gut in die Hand nehmen kann und die sich gut anfühlen.

### Beispiel

Bohnenkiste: Eine Kiste, gefüllt mit getrockneten Bohnen und kleinen Gegenständen, etwa Murmeln, Knöpfen und Perlen, lädt ein zum Fühlen, Tasten und Suchen.

## Geruchsreize

Gerüche wecken häufig Assoziationen zu vergangenen Erlebnissen und tragen zum Wohlbefinden bei, wenn der Geruch als angenehm empfunden wird. Kochgerüche wirken beispielsweise appetitanregend. Geruchsreize können aus allen Bereichen des Lebens stammen.

**Mögliche Geruchsreize:**

- Kräuter und Gewürze
- Obst, duftende Lebensmittel
- Düfte aus der Natur, etwa Blumen, Laub, Holz
- Seife, Parfüm
- Duftöle
- Massageöle

**Geschmacksreize**

Geschmacksreize werden nicht nur beim Essen und Trinken aufgenommen, sie können auch gezielt zur Reduktion von Ersatzhandlungen oder zur Anregung des Appetits eingesetzt werden.

**Praxistipp**

Dabei sollte bedacht werden, dass demente Menschen den süßen Geschmack meistens, aber nicht immer bevorzugen.

**Mögliche Geschmacksreize:**

- Schokolade
- Bonbons
- Gummibärchen
- Eis
- Eiswürfel aus Fruchtsaft
- Käsewürfel
- Chips

### **7.3.3 Biografieorientierte Beschäftigung**

Ein wichtiger Bestandteil der Aktivierung ist die biografieorientierte Beschäftigung. Die Angebote nehmen Bezug auf die Biografie des Betroffenen und greifen frühere Kenntnis-

se und Vorlieben auf. Da das Altgedächtnis länger erhalten bleibt, können demente Menschen solche Fähigkeiten problemlos abrufen und sind in diesem Bereich Experte, was das Selbstwertgefühl steigert.

Gut geeignet sind frühere Hobbys, vor allem jedoch die ehemals ausgeübte Berufstätigkeit. Es ist sowohl im häuslichen als auch im stationären Rahmen einfach, Tätigkeiten anzubieten, die mit dem früheren Berufsbild in Zusammenhang stehen.

### Beispiel

So kann beispielsweise die Schneiderin Knöpfe annähen, der Sachbearbeiter kann an seinem Schreibtisch Akten heften, die Hausfrau findet Betätigungsfelder beim Kochen oder Wäsche legen, der Landwirt beschäftigt sich mit Gartenarbeit oder Tieren und der Direktor überwacht alles fachmännisch.

Wenn man biografieorientierte Beschäftigungsmöglichkeiten anbietet, sollte das verwendete Gerät nach Möglichkeit aus der Zeit stammen, in der der Betroffene seinen Beruf ausgeübt hat. Alte Schreibtische, Nähmaschinen, Küchengeräte, Werkzeug, Waschbretter, Spielzeug etc. können auf Flohmärkten besorgt werden.

### Praxistipp

Angehörige werfen alte Gegenstände oftmals weg, sind bei entsprechender Beratung jedoch meist gerne bereit, diese stattdessen aktiv zu nutzen. Der Besuch von Flohmärkten ist auch für Menschen mit Demenz ein besonderes Erlebnis. Beobachtet man die Reaktion der Betroffenen beim Betrachten alter Gegenstände, kann man leicht feststellen, womit der demente Mensch sich früher gerne beschäftigt hat oder welche Gegenstände er wiedererkennt, weil er sie früher selbst einmal besessen hat.

## Alltagstraining

Die oben genannten Gegenstände können auch für das Alltagstraining eingesetzt werden. Alltägliche Aufgaben, etwa aus den Bereichen Körperpflege, Hauswirtschaft oder Ernährung, werden gemeinsam mit dem Betroffenen durchgeführt.

### Trainingsmöglichkeiten:

- Ankleiden
- Das Bett machen
- Mahlzeiten zubereiten
- Einkaufen
- Wäsche waschen
- Bügeln
- Etwas reparieren
- Gartenarbeit, Obst ernten
- Marmelade kochen
- Fahrrad fahren
- Dinge aufräumen oder sortieren

Grundvoraussetzung für biografieorientierte Angebote ist das Erheben der Biografie des Betroffenen. In Pflegeeinrichtungen werden dafür meistens vorgefertigte Formulare von Herstellern der Pflegedokumentationssysteme verwendet. Im ambulanten Bereich bzw. für Betroffene, die keinen Kontakt zur professionellen Pflege haben, ist es sinnvoll, selbst ein Formular auszufüllen.

Zu diesem Zweck hat die Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e. V. einen Biografiebogen entwickelt, der auf der Homepage (<http://www.alzheimer-bw.de/demenzen/linkliste/>) heruntergeladen werden kann. Zu Beginn der Erkrankung können Betroffene den Bogen selbst ausfüllen, wenn dies nicht möglich ist, sollten Angehörige oder Bezugspersonen die Informationen festhalten, damit der Betroffene im Verlauf der Erkrankung davon profitieren kann. Der Biografiebogen befindet sich im Anhang (► Anhang).

### 7.3.4 Einsatz von technischen Hilfsmitteln

Für demente Menschen wurden spezielle Computer entwickelt, die über einen großen Monitor mit Touchpad verfügen und sehr leicht zu bedienen sind. Die Themenbereiche sind ebenfalls an den Bedürfnissen älterer Menschen orientiert.

In Japan wurde ein Plüschtier-Roboter in Form einer Robbe speziell für demente Menschen entwickelt. Das Spielzeug ist interaktiv und reagiert auf Ansprache und Berührung. Für Europa sind andere Tierarten sinnvoller, beispielsweise Hunde oder Katzen. In diesem Bereich werden kontinuierlich neue Produkte entwickelt.

#### Praxistipp

Filme, die speziell für demente Menschen gedreht wurden, werden von »Illes weite Welt« produziert. Diese Filme sind thematisch und von der Kameraführung her an die Bedürfnisse bei kognitiven Einschränkungen angepasst. Zu jedem Film wird außerdem Begleitmaterial angeboten. Beliebt bei Betroffenen sind außerdem Tierfilme oder Filme von früher.

### 7.3.5 Tagesstruktur

Demente Menschen kommen im Alltag besser zurecht, wenn sie sich auf bestimmte Aktivitäten vorbereiten können. Deshalb ist eine individuelle, regelmäßige Tagesstruktur sinnvoll, um die Betroffenen durch immer wiederkehrende Rituale zu unterstützen und ihnen den Tagesablauf zu erleichtern.

- **Selbstverständlich orientiert sich die Tagesstruktur für jeden einzelnen Betroffenen an seinen persönlichen Gewohnheiten und Vorlieben.**

Im Folgenden werden mögliche Orientierungspunkte im Tagesverlauf aufgelistet, die bei der Tagesstrukturierung von Bedeutung sind.

#### Tagesstruktur:

- Morgenritual
- Frühaufsteher-Frühstück
- Zeitungsrunde
- Langschläfer-Frühstück
- Beschäftigungsangebot
- Zwischenmahlzeit
- Vorbereitung und Einnehmen des Mittagessens
- Mittagsruhe
- Nachmittagskaffee
- Beschäftigungsangebot
- Abendessen
- Zeit für Gespräche oder Hobbies
- Spätmahlzeit
- Schlafritual

Aus diesen Fixpunkten des Tagesverlaufs sollte eine individuelle, verlässliche und für den Betroffenen vorhersehbare Tagesstruktur mit ihm gemeinsam oder mit den Angehörigen bzw. Bezugspersonen, erarbeitet werden.

### 7.3.6 Milieugestaltung

---

Zur Verbesserung des Wohlbefindens von dementen Menschen muss sich die Umgebung an die Bedürfnisse des Betroffenen anpassen, da dieser nicht mehr in der Lage ist, sich an die Umgebung anzupassen.

Gerade in Neubauten muss auf die Umgebungsgestaltung geachtet werden. Auch eine Betonwand kann durch eine Blümchentapete, alte Wandlampen und alte Bilder an Atmosphäre gewinnen. Zu beachten sind hierbei allerdings

die farbliche Gestaltung und die Lichtverhältnisse, um ein Sturzrisiko auszuschließen.

Demente Menschen äußern häufig, dass sie nach Hause gehen möchten. Damit ist nicht immer der Wunsch gemeint, tatsächlich in die eigene Wohnung oder das eigene Haus zurückzukehren, sondern dies ist Ausdruck des Gefühls, dass man sich fremd fühlt und Geborgenheit sucht.

➤ **Der Wunsch, nach Hause zu gehen, ist Ausdruck der Sehnsucht nach der ursprünglichen Heimat und der Ursprungsfamilie.**

In einigen Pflegeeinrichtungen suchten Betreuer gemeinsam mit den dementen Menschen den letzten Wohnort auf, wenn diese immer wieder nach Hause gehen wollten. Dabei fiel auf, dass die Betroffenen zum Teil das Gebäude gar nicht als ihr ehemaliges Zuhause erkannten und weiterhin danach suchten.

Auch demente Menschen, die in ihrer eigenen Wohnung leben, möchten nach Hause gehen, etwa dann, wenn sie Privatheit wünschen oder wenn sie sich in der eigenen Wohnung nicht mehr orientieren können.

**Praxistipp**

Deshalb sollte die Umgebung an die Gewohnheiten der Betroffenen angepasst werden, das heißt die Möbel, Einrichtungsgegenstände und die Gestaltung sollten an die Zeit der Kindheit, der Jugend und des jungen Erwachsenenlebens erinnern. Dazu gehört außerhalb der häuslichen Umgebung auch der Garten. Die Begleitung in der Natur, etwa im Garten, Park oder Wald, hat erwiesenermaßen eine aktivierende Wirkung.

## Orientierungshilfen

Zusätzlich zur räumlichen Orientierung benötigen die Betroffenen Unterstützung bei der zeitlichen Orientierung. Im Tagesverlauf passiert es immer wieder, dass die Betroffenen die Tageszeit falsch einschätzen, besonders wenn sie kurz geschlafen haben.

### Praxistipp

Deshalb ist es wichtig, in den Räumen, in denen der Betroffene sich häufig aufhält, für Hinweise zu sorgen, die die Orientierung in der Zeit erleichtern.

### Mögliche Orientierungshilfen:

- Jahreszeitliche Gestaltung
- Gut sichtbarer Kalender, große Uhr
- Große Tafeln mit Datum und anderen Hinweisen (Speiseplan, Angebote)
- Plakate mit Tag, Monat und Jahr und entsprechenden jahreszeitlichen Elementen
- Türschilder zur räumlichen Orientierung

### Praxistipp

Ein Kalender mit Jahresangabe kann für demente Menschen auch beängstigend sein, vor allem dann, wenn sie sich gedanklich in einer ganz anderen Zeit ihres Lebens befinden und dann immer wieder daran erinnert werden, dass sie mittlerweile alt geworden sind. Ähnlich verhält es sich mit Spiegeln, die einerseits zur persönlichen Orientierung beitragen können, andererseits Ängste auslösen, wenn der Betroffene sein eigenes Spiegelbild nicht erkennt und sich eventuell beobachtet fühlt. Derartige Orientierungshilfen müssen aus diesem Grund individuell ausgewählt werden.

Dadurch entsteht nicht nur ein Bezug zur Jahreszeit, sondern auch zu Ereignissen des Jahres, wie beispielsweise Ostern oder Weihnachten.

Bei der jahreszeitlichen Gestaltung muss darauf geachtet werden, dass keine kindlichen Motive verwendet werden, etwa Window Color o. Ä. Geeignet sind Dinge aus der Natur, die die Jahreszeit in typischer Weise widerspiegeln, z. B. Schneeglöckchen, Narzissen und Tulpen, Muscheln, Laub und Kastanien, Weihnachtsbaum.

### 7.3.7 Existenzielle Erfahrungen

Unter Berücksichtigung der Biografie werden im Rahmen der Begleitung von dementen Menschen immer wieder existenzielle Erfahrungen deutlich, die die Auseinandersetzung mit Leben, Krankheit, Einschränkung, Behinderung, Pflegebedürftigkeit, Abhängigkeit, Sterben, Abschied und Tod erfordern.

#### Praxistipp

Diese Phasen sind dann häufig geprägt von Depression, Angst, Trauer und Verzweiflung.

In den unterschiedlichen Phasen der Demenz verarbeiten die Betroffenen diese existenziellen Erfahrungen ihres Lebens auf unterschiedliche Art. Zu Beginn der Erkrankung setzen sie sich bewusst mit der drohenden Hilflosigkeit auseinander, da sie spüren, dass bestimmte Krankheitszeichen vorhanden sind, und da sie in den meisten Fällen wissen, welche Konsequenzen daraus resultieren.

In späteren Krankheitsphasen nehmen die Betroffenen ihre Defizite nicht mehr bewusst wahr oder können sie nicht einordnen. Dennoch durchleben die Betroffenen auch dann

emotional schwierige Zeiten, wenn sie belastende und traumatische Erlebnisse verarbeiten.

- **Zum Teil bitten demente Menschen von sich aus um Unterstützung bei der Bearbeitung von existenziellen Erfahrungen. Viele wünschen Seelsorge oder ein gemeinsames Gebet. Ein derartiger Wunsch darf niemals verwehrt werden.**

## Seelsorge

Auch Menschen, die keine religiösen Bedürfnisse äußern, benötigen möglicherweise Unterstützung.

Der Begriff Seelsorge wird üblicherweise mit religiösen Bedürfnissen gleichgesetzt. Seelsorge bedeutet jedoch »Sorgen für die Seele« und umfasst somit auch Menschen, die keiner Religion angehören oder zeitlebens bekennende Atheisten waren. Auch diese Menschen finden Trost in Gesprächen oder wenn ihnen jemand einfach zuhören kann.

**Religiöse Bedürfnisse** Die Unterstützung und gemeinsame Ausübung von religiösen Bedürfnissen oder Ritualen hat für demente Menschen die gleiche Bedeutung wie für andere Gläubige.

### Praxistipp

Für viele demente Menschen hat der sonntägliche Besuch des Gottesdienstes einen festen Platz in der Wochenstruktur. Zumeist gehört dazu auch das Anlegen einer besonders festlichen Sonntagskleidung.

### 7.3.8 Erinnerungsarbeit

Als eine der Hauptaufgaben des Alterns wird die Verarbeitung von Erlebnissen und Erinnerungen betrachtet. Menschen mit einer Demenz sind durch die Beeinträchtigung des Gedächtnisses bei dieser Aufgabe überfordert. Sie benötigen Unterstützung, um Erinnerungen wieder zu aktivieren.

#### Praxistipp

Hilfreich ist hierfür die gemeinsame Arbeit mit den Betroffenen und nach Möglichkeit mit ihren Angehörigen, um Erinnerungen aufzufrischen.

#### Möglichkeiten der Erinnerungspflege:

- Gespräche
- Fotoalben
- Tagebücher
- Alte Briefe
- Poesiealben
- Familienstammbaum
- Erinnerungsalben

#### Erinnerungsalbum

Unterstützt wird die Erinnerungsarbeit durch das Anlegen eines Erinnerungsalbums. Dieses Album erleichtert es dem Betroffenen, gezielt Erinnerungen abzurufen, die spontan nicht verfügbar sind. Durch wiederholtes Blättern im Erinnerungsalbum werden diese verschütteten Erinnerungen wieder präsent.

Um ein Erinnerungsalbum anzulegen, benötigt man ein schönes, leeres Fotoalbum. Auf der ersten Seite wird ein Foto des Betroffenen eingeklebt. Daneben schreibt man in großer, leserlicher Schrift den Vornamen, den Namen und das Geburtsdatum sowie eventuell den Geburtsort.

Auf den folgenden Seiten werden Bilder der Bezugspersonen in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit eingeklebt. Von Vorteil sind Bilder, auf denen die Personen gut zu erkennen sind. So findet man beispielsweise auf den nächsten Seiten des Albums: »Meine Eltern... meine Geschwister... mein Ehepartner... meine Kinder« etc., ebenfalls mit Namen und Geburtsdatum, etwa »Mein Sohn Albert, geb. am 05.02.1948, lebt jetzt in Berlin«.

Auch alte Fotos aus der Heimatstadt oder von anderen wichtigen Orten können ergänzt werden, etwa der Lieblingsurlaubsort, der besonders positive Erinnerungen weckt, oder das Haus, das mit viel Eigenarbeit gebaut wurde. Liebe Freunde und Kollegen gehören ebenfalls in das Erinnerungsalbum.

#### Praxistipp

Durch das Erstellen und Ansehen des Erinnerungsalbums fällt es den Betroffenen leichter, für sich selbst Fragen nach ihrer Vergangenheit zu beantworten. Dies ist für die meisten Menschen mit Demenz beruhigend, da es vermutlich kaum etwas Schlimmeres gibt, als Fragen nach dem Ehepartner oder gar nach den eigenen Kindern nicht beantworten zu können.

## 7.4 Gefahren vermeiden

Wenn eine Medikation tatsächlich unvermeidlich ist und im Vorfeld ausgeschlossen wurde, dass andere alternative Maßnahmen in der aktuellen Situation nicht ausreichend hilfreich sind, sollte zu Beginn der Verordnung sichergestellt werden, dass der Betroffene durch die Verabreichung der Medikamente nicht gefährdet wird.

Zu diesem Zweck werden zunächst alle Informationen erhoben, die im weiteren Verlauf notwendig sind, um den Zeitraum der Verabreichung nach Möglichkeit zu limitieren. Dazu gehören beispielsweise die bisherige Medikation, die Art und Ausprägung der herausfordernden Verhaltensweisen, die bisher ausprobierten alternativen Interventionen und deren Ergebnis, mögliche Wechselwirkungen, mögliche Nebenwirkungen sowie Gefährdungen, die durch die Medikation für den Betroffenen entstehen.

### Praxistipp

In der professionellen Pflege ist es üblich, Probleme, Ziele und Maßnahmen zu planen und in einem bestimmten Zeitraum zu evaluieren. In dieser Form sollte auch die Verabreichung von Psychopharmaka geplant werden, um im Anschluss eine Evaluation durchführen zu können. Durch die Evaluation können Neben- und Wechselwirkungen sowie neu aufgetretene Risiken frühzeitig erkannt und darauf entsprechend reagiert werden.

#### 7.4.1 Evaluation

Das Evaluationsintervall bei der Verabreichung von Psychopharmaka sollte überschaubar sein, ein Zeitrahmen von einer bis wenigen Wochen ist sinnvoll. Damit die Evaluation nicht übersehen wird, ist es hilfreich, mit dem Beginn der Behandlung eine Dokumentation zu erstellen, die die oben erwähnten Inhalte wiedergibt.

Im Anhang befindet sich eine Checkliste, mit der die Dokumentation zeitsparend und übersichtlich durchgeführt werden kann (► Anhang).

## 7.4.2 Risiken

In diesem Abschnitt werden die gravierendsten Risiken einer Psychopharmakamedikation aufgeführt. Zu diesen häufig auftretenden Problemen werden außerdem Handlungsmöglichkeiten bzw. Kontrollmaßnahmen aufgelistet.

### Herz-Kreislauf-Probleme

Besonders zu Beginn der Behandlung treten Herz-Kreislauf-Probleme mit entsprechenden Gefährdungen auf. Für den Betroffenen sind diese Probleme beängstigend und möglicherweise auch vital gefährlich.

- **Regelmäßige, engmaschige Kontrollen von Blutdruck, Puls, Atmung und ggf. Sauerstoffsättigung sind gerade zu Beginn der Behandlung notwendig.**

Abhängig vom Wirkprofil des verordneten Präparats müssen auch regelmäßig EKG- oder Laborkontrollen durchgeführt werden.

### Bewegungsstörungen

Die oftmals auftretende Beeinflussung von motorischen Funktionen durch Psychopharmaka kann bei den Betroffenen zu Einschränkungen führen, deren Folge schlimmstenfalls ein verändertes Gangbild mit Sturzneigung und Verletzungen ist.

- **Die Erhebung des Sturzrisikos ist sowohl zu Beginn als auch im Verlauf der Behandlung in angemessenen Intervallen unerlässlich.**

Wird ein erhöhtes Sturzrisiko festgestellt, müssen adäquate Maßnahmen zur Sturzprophylaxe veranlasst werden. Dazu gehört auch die Überprüfung der eingesetzten Hilfsmittel. Wenn eine Sturzgefahr nicht ausgeschlossen werden kann, können folgende Hilfsmittel geprüft und eine entsprechende Beratung durchgeführt werden.

### Mögliche Hilfsmittel zur Sturzprophylaxe:

- Rollator
- Walker
- Verschiedene Protektoren
- Anti-Rutschkissen
- Verschiedene Sturzmatten
- Sensorsysteme
- SafeBag
- Spezialbetten und dergleichen mehr

Um die Einschätzung, Beurteilung, Beratung und Maßnahmenplanung bei einer möglichen Sturzgefahr besser zu handhaben und die Ergebnisse im Verlauf zu dokumentieren, findet sich im Anhang ein Formular mit einer Übersicht zur Sturzprophylaxe (► Anhang).

### Gewichtsverlust

Engmaschige Gewichtskontrollen sind notwendig, um eine drohende Mangelernährung durch Appetitlosigkeit, Schluckstörungen, Müdigkeit oder Mundtrockenheit zu verhindern. Der Gewichtsverlust tritt jedoch nicht gleich zu Beginn der Behandlung auf, sodass zusätzlich zu diesen Kontrollen ggf. das Führen eines Ernährungsprotokolls indiziert ist. Analog dazu kann auch die Flüssigkeitsaufnahme reduziert sein und somit eine Überprüfung des Trinkverhaltens notwendig werden.

Eine Vielzahl von Handlungsmöglichkeiten wurde bereits in ► Abschn. 7.1 beschrieben.

- **Wichtig ist, dass diese Maßnahmen frühzeitig eingeleitet werden, da eine Mangelernährung oder eine Exsikkose zusätzliche Auswirkungen auf kognitive Fähigkeiten und die körperliche Konstitution hat. Wenn Gewichtsveränderungen auftreten, ist die Gefährdung schon vorangeschritten.**

Im Rahmen der Evaluation sollte auch immer überprüft werden, ob durch das eventuell neu aufgetretene Risiko die Situation sich insgesamt verändert hat und der zu Beginn dieses Kapitels erwähnte Grundsatz neu geprüft werden muss:

- **Der zweite Schritt ist deshalb das Abwägen zwischen den beiden Fragestellungen: »Welche Gefahren entstehen für den Betroffenen, wenn Psychopharmaka verabreicht werden?« und »Welche Gefahren entstehen für den Betroffenen ohne die Medikation?«.**

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP) hat speziell zum Einsatz von Antipsychotika in der Behandlung von Menschen mit Demenz eine Stellungnahme herausgegeben, die an dieser Stelle nur in Auszügen zitiert wird:

#### Auszug aus der Stellungnahme der DGGPP e. V.:

1. Zuerst Suche nach (körperlichen oder medikamentösen) Ursachen!
2. Dann bzw. gleichzeitig Einsatz nicht-medikamentöser Interventionen – adäquater Umgang mit Demenzkranken!
3. Erst danach Einsatz von Psychopharmaka
4. Indikationen sind nur gravierende Symptome, wie psychotische Symptome oder schwere Verhaltensstörungen, nicht Schlafstörungen oder Angst
5. Immer wieder Absetzversuche unternehmen!

## 7.5 Deeskalation

Der Auslöser einer Behandlung mit Psychopharmaka ist häufig eine Akutsituation, die durch Aggression oder ab-

wehrendes Verhalten gekennzeichnet ist und die Betreuungsperson herausfordert. Aufgrund von Missverständnissen, Hilflosigkeit, Kontrollverlust und daraus resultierenden emotionalen Reaktionen können eigentlich alltägliche Situationen eskalieren und bei den beteiligten Personen Gefühle der Bedrohung auslösen.

➤ **Der demente Mensch wird dann als aggressiv und unkooperativ bezeichnet. In der Folge wird sein Verhalten möglicherweise immer unter diesem Aspekt beobachtet. Mitarbeiter haben oft Ängste, auf das Medikament wieder zu verzichten, da weitere Eskalationen vermutet werden. Aus diesem Grund kann eine einmalige Eskalationen zu einer dauerhaften Verabreichung von Psychopharmaka führen.**

In diesem Fall würde der Grundsatz »Welche Gefahren entstehen für den Betroffenen, wenn Psychopharmaka verabreicht werden?« ersetzt werden durch die Frage »Welche Gefahren entstehen für die Umgebung, wenn keine Medikamente verabreicht werden?«

Um derartige Gefahren für den Betroffenen im Vorfeld zu vermeiden, ist ein deeskalierendes Verhalten aller Kontaktpersonen gefordert. Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen und Angehörige müssen einerseits verstehen, warum es zur Eskalation kommt und andererseits ihr Verhalten an dieses Wissen anpassen.

Zunächst werden mögliche Auslöser für herausfordernde Verhaltensweisen betrachtet.

- Mögliche Ursachen der Eskalation:**
- Überforderung
  - Angst
  - Kommunikationsstörungen
  - Verletzung der Intimsphäre
  - Mangelnde Autonomie
  - Zurückweisung von Pflegemaßnahmen

- Enthemmung
- Halluzinationen
- Unerfüllte emotionale Bedürfnisse
- Unerfüllte körperliche Bedürfnisse, beispielsweise Hunger oder Durst
- Schmerzen
- Orientierungsstörungen
- Verkennen von Situationen oder Personen
- Medikamente
- Körperliche Veränderungen, wie beim Delir ▶ Kap. 6, v. a. Fieber, Infektionen, Stoffwechselentgleisungen etc.

In diesem Zusammenhang sollte man sich auch bewusst machen, dass das eigene Verhalten von der betroffenen Person intuitiv erspürt wird und eine emotionale Reaktion auslöst. Wenn der Gesprächspartner auf Beleidigungen und Beschimpfungen unbewusst wütend reagiert, kann schnell eine angespannte Situation resultieren.

Gerade in stationären Pflegeeinrichtungen wird der Alltag der Bewohner durch organisatorische Abläufe mitbestimmt, aber auch im ambulanten Bereich kann durch eine Pflegebedürftigkeit eine Einschränkung der Selbstbestimmung erfolgen.

- **Vor allem im stationären Bereich kommen dann noch umgebungsbedingte Faktoren hinzu, wie etwa eine permanente Geräuschkulisse, fehlende Rückzugsmöglichkeiten, Konflikte mit anderen Bewohnern oder ein Gefühl der Einsamkeit und Fremdheit. Man sollte außerdem bedenken, dass schon eine schlechte Beleuchtung und Schattenbildung Ängste auslösen kann, wenn der Betroffene vermutet, eine Person gesehen zu haben.**

In dieser Situation hat nun der demente Mensch keine andere Wahl als sich oder gar sein Leben zu verteidigen. Beginnende Eskalationen können durch eine genaue Verhaltensbeobachtung erkannt werden.

#### Häufige Anzeichen einer Eskalation:

- Angespannte Körperhaltung
- Gesteigerte Unruhe
- Angespannter, verzerrter Gesichtsausdruck
- Gesichtsrötung
- Veränderung der Stimmlage und Lautstärke
- Verkrampfte, eventuell schweißnasse Hände
- Allgemeines Schwitzen
- Blutdruck- und Pulsanstieg, eventuell beschleunigte Atmung

Jeder kleine Reiz kann in einer solchen Situation eine heftige Reaktion auslösen, die sich in verbalen Entgleisungen oder körperlichen Übergriffen manifestiert.

Um derartige Situation zu vermeiden, sollten Angehörige und professionelle Pflegekräfte Techniken und Grundregeln der Deeskalationen kennen.

#### Deeskalation:

- Ruhe bewahren
- Entspannte, offene Körperhaltung einnehmen
- Offene, freundliche Mimik
- Mit ruhiger Stimme sprechen
- Provokationen vermeiden und sich selbst nicht provozieren lassen
- Versuchen, mit dem dementen Menschen in Kontakt zu kommen
- Dabei Wahrung einer Distanz, um das Gefühl der Bedrohung für beide Seiten zu reduzieren

Wenn dadurch keine Entspannung der Situation möglich ist, kann es hilfreich sein, den Betroffenen für einige Momente einfach in Ruhe zu lassen, um ihn von weiteren Reizen abzuschirmen. Dabei ist es jedoch von Vorteil, wenn ein Sichtkontakt möglich ist, damit eine Gefährdung des Betroffenen oder anderer Personen ausgeschlossen werden kann.

Vor allem in (geronto-)psychiatrischen Kliniken wurden spezielle Techniken oder Programme entwickelt, die deeskalierend wirken und dadurch Übergriffe reduzieren. Diese können auch in allen anderen Pflegesituationen dazu beitragen, herausforderndes Verhalten zu vermeiden oder zu akzeptieren. Einige Programme werden hier kurz vorgestellt.

### 7.5.1 ProDeMa®

Das Institut für Professionelles Deeskalationsmanagement hat mit ProDeMa® ein evaluiertes Programm entwickelt, das unter anderem im gerontopsychiatrischen Bereich eingesetzt wird. Es beinhaltet verbale Deeskalationstechniken und Körpertechniken, die dazu dienen, die alltägliche Pflegesituation zu erleichtern oder im Falle eines Übergriffs Verletzungen zu vermeiden. Ein wichtiger Bestandteil ist dabei die Reflexion des eigenen Handelns und die Betrachtung der Ursachen von aggressivem Verhalten.

Außerdem sollte jede Situation nachbesprochen werden, um für die weitere Pflegesituation Erkenntnisse zu gewinnen, aber auch um einer Traumatisierung der Mitarbeiter vorzubeugen.

**Praxistipp**

Eine Schulung von ProDeMa® wird für verschiedene Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens angeboten.

### 7.5.2 Kontaktreflexion

Bei der Kontaktreflexion, einer Methode, die von dem amerikanischen Psychologen Garry Prouty entwickelt wurde, handelte sich um eine Möglichkeit, mit Menschen in Kontakt zu treten, die nicht kommunizieren können oder wollen.

Dabei werden fünf verschiedene Bereiche der Reihe nach angeboten, um den Betroffenen zu vermitteln, dass man mit ihm Kontakt aufnehmen möchte und seine Situation wahrnimmt. Die Kontaktreflexion kann dadurch Aggressionen reduzieren und zu einer Entspannung beitragen.

1. Situationsreflexion SR
2. Gesichtsausdrucksreflexion GR
3. Körperhaltungsreflexion KR
4. Wort für Wort-Reflexion WWR
5. Wiederaufgreifende Reflexion WR

Im Einzelnen bedeutet dies, dass in einer schwierigen Situation zunächst die Umgebung betrachtet und dem Betroffenen verbal mitgeteilt wird, beispielsweise »Sie sitzen ganz zurückgezogen in der Ecke«. Im nächsten Schritt wird der Gesichtsausdruck des Betroffenen beschrieben, etwa »Sie sehen jetzt ganz wütend aus«. Dann versucht man über die Beschreibung der Körperhaltung in Kontakt zu kommen, z. B. »Sie sind ganz angespannt«. Wenn der Betroffene verbale Äußerungen in Form von Satzteilen oder einzelnen

Wörtern macht, kann man diese aufgreifen, etwa »Sie rufen immer Peter, Peter«. Im letzten Schritt der Kontaktreflexion wird die gesamte Situation noch einmal reflektiert und für den Betroffenen zusammengefasst, beispielsweise »Sie saßen angespannt in der Ecke, haben ganz wütend geschaut und immer »Peter« gerufen, jetzt haben Sie mich ange lächelt«.

Ziel der Kontaktreflexion ist es, den Betroffenen in seiner Situation abzuholen, seine Kommunikationsfähigkeit zu stärken und ihm das Gefühl des »Bei ihm seins« zu vermitteln. Dadurch kann der Realitätskontakt, der affektive und der kommunikative Kontakt wiederhergestellt werden. Menschen, die Schwierigkeiten haben, ihre Gefühle zu verbalisieren, spüren Aufmerksamkeit und Akzeptanz und können sich dadurch beruhigen und entspannen.

### 7.5.3 Das Newcastle Angebot

---

Auch hierbei handelt es sich um eine Methode der Deeskalation bei herausforderndem Verhalten, speziell für Menschen mit Demenz. Der britische Psychologe Ian Andrew James, der unter anderem einen Beratungsdienst leitet, hat bei dieser Methode ein Schema entwickelt, mit dem demente Menschen in ihrer jeweiligen Umgebung behandelt werden können.

Ein Expertenteam begleitet den Betroffenen und die Personen, die ihn betreuen, über einen Zeitraum von 14 Wochen und geht dabei nach einem festgelegten Ablauf vor:

- Intensive Behandlungsphase: In diesem Zeitraum werden zunächst Informationen gesammelt, die die Person, ihren Charakter, ihr Umfeld, ihr Verhalten sowie die betreuenden Personen und deren Interventionen betreffen. Aufgabe der Experten ist in dieser Phase das Zuhören und Klären der Situation. Am Ende dieser

Phase soll ein Behandlungsplan erstellt werden, der mit allen Beteiligten erarbeitet wird.

- Optimierungs- und Unterstützungsphase: Die Feststellungen werden diskutiert, gemeinsam formuliert und schriftlich festgehalten. Alle Mitarbeiter sollen eine vorbereitete Erklärung unterschreiben und im Anschluss die verabredeten Interventionen konsequent durchführen. Zum Schluss finden eine Evaluation und ein Abschlussgespräch statt. Wichtig in dieser Phase ist, dass die Pflegepersonen bei der Durchführung des Plans von den Experten unterstützt werden.

Ziel des Newcastle-Angebots ist es, herausfordernde Verhaltensweisen zu analysieren und dadurch nachvollziehbar zu machen. Dabei soll durch psychosoziale, nicht-pharmakologische Interventionen belastendes Verhalten reduziert werden, es soll aber auch eine Prävention stattfinden, damit herausfordernde Verhaltensweisen gar nicht erst entstehen.

Voraussetzung für die Durchführung der Behandlung ist immer auch eine ärztliche Untersuchung zum Ausschluss von körperlichen Ursachen, außerdem gilt das Prinzip der nicht-pharmakologischen Maßnahmen vor dem Einsatz von Psychopharmaka, da eine Medikation wegen mangelnder Wirksamkeit und Nebenwirkungen eigentlich nicht oder nur in extrem ausgeprägten oder gefährlichen Situationen für kurze Zeit vertretbar ist. Die am häufigsten verabreichten Psychopharmaka besitzen keine offizielle Zulassung für ältere, demente Menschen, es handelt sich also um einen so genannten »off-label-use«.

- !** Bei Medikamenten, die »off-label«, also außerhalb der Zulassung verabreicht werden, gelten besondere Anforderungen an die Aufklärung des Patienten, an die Berücksichtigung von Leitlinien und an die Haftung bei möglichen Nebenwirkungen.

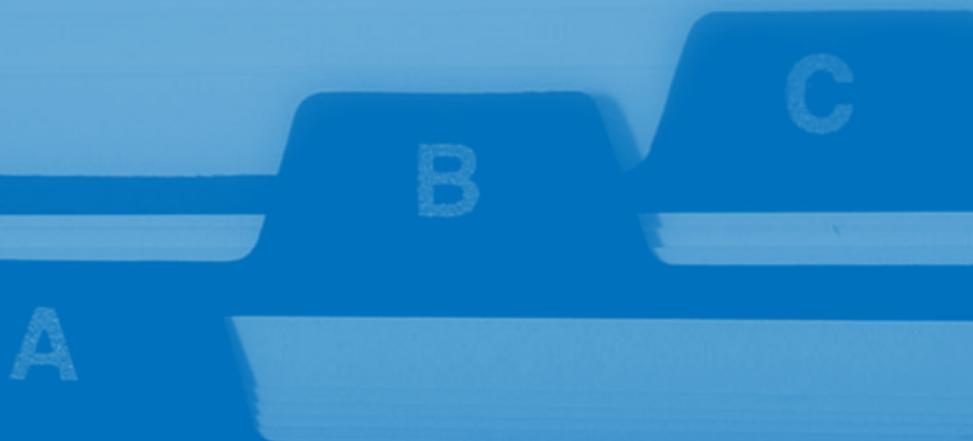
Eine Medikation wird dann als sinnvoll betrachtet, wenn Schmerzen, Anfälle, Infektionen, Depressionen oder Psychosen das Verhalten auslösen. Bevorzugt werden sollten jedoch psychosoziale Methoden, die natürlich viel personalaufwändiger und zeitintensiver sind.

# Serviceteil

Anhang – 138

Literatur – 158

Stichwortverzeichnis – 161



## Anhang

---

### Priscus-Liste für den Schreibtisch: Die 83 Wirkstoffe im Überblick!

Arzneimittel	Wesentliche Bedenken (Auswahl)	Therapiealternativen
<b>Analgetika, Antiphlogistika</b>		
NSAID Indometacin Acemetacin* Ketoprofen* Piroxicam Meloxicam* Phenylbutazon Etoricoxib	<ul style="list-style-type: none"> <li>– sehr hohes Risiko für gastrointestinale Blutungen, Ulzerationen oder Perforationen, auch mit letalem Ausgang</li> <li>– Indometacin: Zentralnervöse Störungen</li> <li>– Phenylbutazon: Blutdyskrasie</li> <li>– Etoricoxib: Kardiovaskuläre Kontraindikationen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Paracetamol</li> <li>– (schwach wirksame) Opioide (Tramadol, Codein)</li> <li>– ggf. schwächere NSAID (z. B. Ibuprofen)</li> </ul>
Opioid-Analgetika Pethidin	<ul style="list-style-type: none"> <li>– erhöhtes Risiko für Delir und Stürze</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Paracetamol</li> <li>– andere Opioide (mit geringerem Delirrisiko, z. B. Tilidin/Naloxon, Morphin, Oxycodon, Buprenorphin, Hydromorphon)</li> <li>– ggf. schwächere NSAID (z. B. Ibuprofen)</li> </ul>
<b>Antiarrhythmika</b>		
Chinidin*	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zentralnervöse UAW</li> <li>– erhöhte Mortalitätsrate</li> <li>– Chinidin plus Verapamil: für Patienten älter als 75 Jahre nicht empfohlen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Beta-Blocker</li> <li>– Verapamil</li> <li>– Diltiazem</li> <li>– Amiodaron</li> <li>– Defibrillator-Implantation</li> </ul>
Flecainid*	<ul style="list-style-type: none"> <li>– allgemein höhere Nebenwirkungsrate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Beta-Blocker</li> <li>– Amiodaron</li> </ul>

Arzneimittel	Wesentliche Bedenken (Auswahl)	Therapiealternativen
Sotalol*	– Beta-Blocker mit zusätzlich antiarrhythmischer Wirkung	– Kardioselektive Beta-Blocker (z. B. Metoprolol, Bisoprolol, Carvedilol) – Amiodaron – Propafenon (je nach Art der Arrhythmie)
Digoxin Acetyldigoxin* Metildigoxin*	– erhöhte Glykosid-Empfindlichkeit (Frauen > Männer) – erhöhtes Toxizitätsrisiko	– bei Tachykardie/Vorhofflimmern: Beta-Blocker – bei Herzinsuffizienz: Diuretika, ACE-Hemmer etc. – Digitoxin besitzt möglicherweise geringere Toxizitätsrate
<b>Antibiotika</b>		
Nitrofurantoin	– ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis, insbesondere bei Langzeitgebrauch (pulmonale UAW, Leberschädigungen etc.)	– andere Antibiotika (z. B. Cephalosporine, Cotrimoxazol, Trimethoprim – möglichst nach Antibiogramm) – nichtmedikamentöse Maßnahmen: vermehrte Flüssigkeitsaufnahme, Inkontinenzhilfen
<b>Anticholinergika</b>		
Antihistaminika Hydroxyzin Clemastin* Dimetinden* Chlorphenamin Triprolidin	– anticholinerge Nebenwirkungen (z. B. Obstipation, Mundtrockenheit) – kognitive Leistungsabnahme – EKG-Veränderungen (QT-Verlängerungen)	– nichtsedierende/nichtanticholinerg wirkende Antihistaminika (z. B. Cetirizin, Loratadin, Desloratadin)
Urologische Spasmolytika Oxybutynin (nicht retardiert und retardiert) Tolterodin (nicht retardiert) Solifenacin	– anticholinerge Nebenwirkungen (z. B. Obstipation, Mundtrockenheit, ZNS) – EKG-Veränderungen (QT-Verlängerung)	– Trospium – nichtmedikamentöse Therapien (Beckenbodengymnastik, Physio und- Verhaltenstherapie)

Arzneimittel	Wesentliche Bedenken (Auswahl)	Therapiealternativen
<b>Antikoagulantien, Thrombozytenaggregationshemmer</b>		
Ticlopidin	Blutbildveränderungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ASS</li> <li>- Clopidogrel</li> </ul>
Prasugrel*	ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis insbesondere für Patienten ≥ 75 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ASS</li> <li>- Clopidogrel</li> </ul>
<b>Antidepressiva</b>		
<b>Klassische Antidepressiva</b> Amitriptylin Doxepin Imipramin Clomipramin Maprotilin Trimipramin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- periphere anticholinerge UAW (z. B. Obstipation, Mundtrockenheit, orthostatische Dysregulation, kardiale Arrhythmien)</li> <li>- zentrale anticholinerge UAW (Benommenheit, innere Unruhe, Verwirrtheitszustände und andere delirante Syndrome)</li> <li>- kognitive Defizite</li> <li>- erhöhtes Sturzrisiko</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SSRI (z. B. Sertraline, Citalopram, max. 20 mg, cave: Natriumspiegel kontrollieren)</li> <li>- Mirtazapin</li> <li>- nichtmedikamentöse Therapien (ggf. verhaltenstherapeutische Verfahren)</li> </ul>
<b>SSRI</b> Fluoxetin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zentralnervöse UAW (Übelkeit, Schlafstörungen, Schwindel, Verwirrtheit)</li> <li>- Hyponatriämie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- andere SSRI (z. B. Sertraline, Citalopram, max. 20 mg, cave: Natriumspiegel kontrollieren)</li> <li>- Trazodon</li> <li>- Mirtazapin</li> <li>- nichtmedikamentöse Therapien (z. B. verhaltenstherapeutische Verfahren)</li> </ul>
<b>MAO-Hemmer</b> Tranylcypromin*	<ul style="list-style-type: none"> <li>- irreversibler MAO-Hemmer: Blutdruckkrisen, Hirnblutungen</li> <li>- maligne Hyperthermie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SSRI (außer Fluoxetin)</li> <li>- nichtmedikamentöse Therapien (z. B. verhaltenstherapeutische Verfahren)</li> </ul>
<b>Antiemetika</b>		
Dimenhydrinat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- anticholinerge UAW</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Domperidon</li> <li>- Metoclopramid (cave: extrapyramidal Symptome)</li> </ul>

Arzneimittel	Wesentliche Bedenken (Auswahl)	Therapiealternativen
<b>Antihypertensiva, kardiovaskuläre Arzneimittel</b>		
<b>Clonidin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hypotension</li> <li>– Bradykardie</li> <li>– Synkope</li> <li>– zentralnervöse UAW: Sedierung, Verschlechterung der Kognition</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– andere Antihypertensiva: z. B. ACE-Hemmer, AT<sub>1</sub>-Blocker, (Thiazid-)Diuretika, Beta-Blocker, Calcium-Antagonisten (langwirksame, peripher wirkende)</li> </ul>
<b>Alpha-Blocker</b> Doxazosin Prazosin Terazosin (als Antihypertensivum)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hypotension (lage-abhängig)</li> <li>– Mundtrockenheit</li> <li>– Harninkontinenz/ Miktionsstörung</li> <li>– zentralnervöse UAW (z. B. Schwindel, Benommenheit, Somnolenz)</li> <li>– erhöhtes Risiko für zerebro- und kardiovaskuläre Erkrankungen</li> </ul>	– s. Clonidin
<b>Methyldopa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hypotension (orthostatisch)</li> <li>– Bradykardie</li> <li>– Sedierung</li> </ul>	– s. Clonidin
<b>Reserpin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hypotension (orthostatisch)</li> <li>– ZNS-Effekte (Sedierung, Depression)</li> </ul>	– s. Clonidin
<b>Calcium-Kanal-Blocker</b> Nifedipin (nicht-retardiert)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kurzwirksames Nifedipin: erhöhtes Myokardinfarktrisiko, erhöhte Sterblichkeit bei älteren Patienten</li> </ul>	– s. Clonidin

Arzneimittel	Wesentliche Bedenken (Auswahl)	Therapiealternativen
<b>Neuroleptika</b>		
<b>Klassische Neuroleptika</b> Thioridazin Fluphenazin Levomepromazin Perphenazin Haloperidol* (> 2 mg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– anticholinerge und extrapyramidal UAW (Spätdyskinesien)</li> <li>– Parkinsonismus</li> <li>– Hypotonien</li> <li>– Sedierung</li> <li>– Sturzgefahr</li> <li>– erhöhte Sterblichkeit bei Patienten mit Demenz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– atypische Neuroleptika (z. B. Risperidon) mit günstigem Nutzen-Risiko-Profil</li> <li>– Melperon</li> <li>– Pipamperon</li> <li>– Haloperidol: bei akuter Psychose ist eine Kurzzeitanwendung (&lt; 3 Tage) in hoher Dosis mitunter nicht zu vermeiden</li> </ul>
<b>Atypische Neuroleptika</b> Olanzapin (> 10 mg) Clozapin	<ul style="list-style-type: none"> <li>– s. Thioridazin</li> <li>– weniger extra-pyramidal UAW</li> <li>– Clozapin: erhöhtes Agranulozytose und Myokarditis-Risiko</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– s. Thioridazin</li> </ul>
<b>Ergotamin und -Derivate</b>		
<b>Ergotamin</b> Dihydro-ergocryptin Dihydroergotoxin	– ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ergotamin: Indikation Migräne: Triptane (Sumatriptan)</li> <li>– Dihydroergocryptin: andere Parkinson-Medikamente</li> </ul>
<b>Laxantien</b>		
<b>Dickflüssiges Paraffin</b>	– bei Aspiration pulmonale UAW	<ul style="list-style-type: none"> <li>– osmotisch wirksame Laxantien: Macrogol, Lactulose</li> </ul>
<b>Muskelrelaxantien</b>		
<b>Baclofen</b> <b>Tetrazepam</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ZNS-Effekte: Amnesie, Verwirrtheit, Sturz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tolperison</li> <li>– Tizanidin</li> <li>– Physiotherapie</li> <li>– Tetrazepam: kurz/ mittellang wirksame Benzodiazepine in niedriger Dosierung</li> </ul>

Arzneimittel	Wesentliche Bedenken (Auswahl)	Therapiealternativen
<b>Sedativa, Hypnotika</b>		
<b>Langwirksame Benzodiazepine</b> Chlordiazepoxid Diazepam Flurazepam Dikalium-clorazepat Bromazepam Prazepam Clobazam Nitrazepam Flunitrazepam Medazepam*	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sturzgefahr (muskel-relaxierende Wirkung)</li> <li>– mit erhöhtem Hüftfrakturrisiko</li> <li>– verzögertes Reaktionsvermögen</li> <li>– psychiatrische Reaktionen (auch paradox: z. B. Unruhe, Reizbarkeit, Halluzinationen, Psychose)</li> <li>– kognitive Funktions-einschränkungen</li> <li>– Depression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kurz/kürzer wirksame Benzodiazepine, Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon in niedriger Dosierung</li> <li>– Opipramol</li> <li>– sedierende Antidepressiva (z. B. Mirtazapin)</li> <li>– niederpotente Neuroleptika (z. B. Melperon, Pipamperon)</li> </ul>
<b>Kurz- und mittellang wirksame Benzodiazepine</b> Alprazolam Temazepam Triazolam Lorazepam (> 2 mg/d) Oxazepam (> 60 mg/d) Lormetazepam (> 0,5 mg/d) Brotizolam* (> 0,125 mg/d)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– s. langwirksame Benzodiazepine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Baldrian</li> <li>– sedierende Antidepressiva (Trazodon, Mianserin, Mirtazapin)</li> <li>– Zolpidem (<math>\leq</math> 5 mg/d)</li> <li>– Opipramol</li> <li>– niederpotente Neuroleptika (Melperon, Pipamperon)</li> <li>– nichtmedikamentöse Therapie der Schlafstörungen (Schlafhygiene)</li> </ul>
<b>Z-Substanzen</b> Zolpidem (> 5 mg/d) Zopiclon (> 3,75 mg/d) Zaleplon* (> 5 mg/d)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sturzgefahr, erhöhtes Hüftfraktur-Risiko</li> <li>– verzögertes Reaktionsvermögen</li> <li>– psychiatrische Reaktionen (auch paradox: z. B. Unruhe, Reizbarkeit, Halluzinationen, Psychose)</li> <li>– kognitive Funktions-einschränkungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– s. kurz- und mittellang wirksame Benzodiazepine</li> </ul>

Arzneimittel	Wesentliche Bedenken (Auswahl)	Therapiealternativen
<b>andere Sedativa</b> Doxylamin Diphenhydramin Chloralhydrat	<ul style="list-style-type: none"> <li>– anticholinerge Effekte</li> <li>– Schwindel</li> <li>– EKG-Veränderungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– s. kurz- und mittellang wirksame Benzodiazepine</li> </ul>
<b>Antidementiva, Vasodilatatoren, durchblutungsfördernde Mittel</b>		
<b>Pentoxifyllin</b> <b>Naftidrofuryl</b> <b>Nicergolin</b> <b>Piracetam</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kein sicherer Wirksamkeitsnachweis/ ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zur medikamentösen Behandlung einer Demenz vom Alzheimer-Typ: Acetylcholinesterase-Hemmer, Memantin</li> </ul>
<b>Antiepileptika</b>		
<b>Phenobarbital*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sedierung</li> <li>– paradoxe Erregungszustände</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– andere Antiepileptika: Lamotrigin, Valproinsäure, Levetiracetam, Gabapentin</li> </ul>

\* Arzneimittel, die von keiner der Vorläuferlisten als PIM benannt wurden; NSAID, *non-steroidal anti-inflammatory drugs*; PPI, Protonenpumpeninhibitoren; UAW, unerwünschte Arzneimittelwirkungen; ACE, *angiotensin-converting enzyme*; ASS, Acetylsalicylsäure; SSRI, *selective serotonin reuptake inhibitors*; MAO, Monoaminoxidase; PIM, potenziell inadäquate Medikation

## Individuelles Profil für Wohlbefinden

Wohlbefinden-Profil für (Name): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Erstellt durch: \_\_\_\_\_

Beim Ausfüllen des Profils orientieren Sie sich bitte an der Beschreibung der Indikatoren.

### INDIKATOREN FÜR WOHLBEFINDEN:

- 0 = Fehlende Anzeichen  
1 = Gelegentliche Anzeichen  
2 = Eindeutige Anzeichen

INDIKATOR	0	1	2
1. Kommuniziert Wünsche, Bedürfnisse und Vorlieben			
2. Nimmt Kontakte zu anderen auf			
3. Zeigt Herzlichkeit und Zuneigung			
4. Zeigt Freude und Vergnügen			
5. Zeigt Wachsamkeit und Aktivitätsbereitschaft			
6. Nutzt verbliebene Fähigkeiten			
7. Findet kreative Ausdrucksmöglichkeiten			
8. Ist kooperativ und hilfsbereit			
9. Reagiert angemessen auf Menschen/Situationen			
10. Drückt der Situation entsprechende Gefühle aus			
11. Entspannte Körperhaltung oder Körpersprache			
12. Hat Sinn für Humor			
13. Zeigt Handlungsfähigkeit			
14. Hat Selbstrespekt			
Summen der Profilpunkte	0		
Profil-Punktzahl			

## ZOPA<sup>©</sup> Zurich Observation Pain Assessment

### Beobachtete Verhaltensmerkmale:

#### Lautäußerungen

- Stöhnen/Klagen
- Brummen

#### Gesichtsausdruck

- Verzerrter/gequälter Gesichtsausdruck
- Starrer Blick
- Zähne zusammenpressen (Tubus beißen)
- Augen zusammenkneifen
- Tränenfluss

#### Körpersprache

- Ruhelosigkeit
- Massieren oder Berühren eines Körperteils
- Angespannte Muskeln

#### Physiologische Indikatoren

- Änderungen in den Vitalzeichen:
  - Blutdruck/Puls
  - Atmung
- Veränderungen der Gesichtsfarbe
- Schwitzen/Röte

## COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY (CMAI) (modifiziert)

Für jeden der Verhaltensmerkmale soll die Häufigkeit ihres Auftretens in den letzten 2 Wochen angegeben werden.

Verhalten	nie	weniger als 1x pro Woche	1x oder 2x pro Woche	mehrmais wöchentlich	1x oder 2x täglich	mehrmais täglich	mehrmais in der Stunde
A.	1	2	3	4	5	6	7
1. Schlagen (auch selbst)	0	0	0	0	0	0	0
2. Treten	0	0	0	0	0	0	0
3. Anfassen anderer (mit schmutzigen Händen)	0	0	0	0	0	0	(?)
4. Stoßen (mit Gefahr von Stürzen)	0	0	0	0	0	0	0
5. Werfen mit harten Gegenständen	0	0	0	0	0	0	0
6. Beißen	0	0	0	0	0	0	0
7. Kratzen/Kneifen	0	0	0	0	0	0	0
8. Bespucken (anderer)	0	0	0	0	0	0	0
9. Sich selbst verletzen (heisse Getränke usw.)	0	0	0	0	0	0	0
10. Zerreissen von Kleidungsstücken oder zerstören des eigenen oder fremden Eigentums	0	0	0	0	0	0	0
11. Sexuelle körperliche Annäherungsversuche	0	0	0	0	0	0	0
12. Eindringen in fremde Räume/ Liegen in fremden Betten	0	0	0	0	0	0	0
13. Inadäquates (Anziehen) Ausziehen	0	0	0	0	0	0	0
14. Gefährdung durch das Weglaufen	0	0	0	0	0	0	0
15. »Absichtliches« Fallen	0	0	0	0	0	0	0

16. Essen oder Trinken ungeeigneter Substanzen	0	0	0	0	0	(?)
17. Nahrungsverweigerung	0	0	0	0	0	
18. Urinieren/Einkotzen in den Wohnräumen (nicht als Folge der Inkontinenz)	0	0	0	0	0	
19. Verstecken/Verlegen und/oder Sammeln von Gegenständen (aus fremden Zimmern)	0	0	0	0	0	(?)
20. Ausführen von Manierismen (?), Klopfen, Klatschen usw.	0	0	0	0	0	
21. Intensive Beweglichkeit, extrem aufdringlich oder störend, verbal nicht beeinflussbar	0	0	0	0	0	(?)
22. Anhaltendes Schreien	0	0	0	0	0	
23. Abweichende Vokalisation (Fluchen, verbale Aggressivität, wiederholte Fragen oder Klagen, ungegewöhnliche Geräuschproduktion wie Stöhnen oder eigenartiges Lachen usw.)	0	0	0	0	0	(?)
24. Gefährden anderer durch Fehlhandlungen (Zerrn aus dem Bett durch die Bettgitter usw.)	0	0	0	0	0	
25. Ständiges, nicht beeinflussbares Suchen nach Zuwendung oder Hilfe	0	0	0	0	0	

B. Ausgeprägte Antriebsstörungen (**bitte sehr ausführlich beschreiben!**)  
 (?) – BEI VERHALTENSSTÖRUNGEN, DIE MIT (?) GEKENNZEICHNET SIND, MUSS DIE NOTWENDIGKEIT EINER BESONDEREN BETREUUNG  
 SEHR AUSFÜHLICH BEGRÜNDET WERDEN (Beschreibung der Störung, der Art der Gefährdung usw.)

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Name des Untersuchers: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Beobachtungszeit: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Dabei \_\_\_\_\_ Stunden Schlaf



## Personenbezogene Daten/Biografiebogen

### Grunddaten

(Name, Vorname) (ggf. Rufname, Mädchenname)	(Konfession)	(Geburtstag)
(Anschrift)	(Tel.)	
(Familienstand, <i>ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden, seit...</i> )	(Beruf)	
(Name der betreuenden Person, Verhältnis: <i>Tochter, Schwiegertochter, Lebensgefährte...</i> )		
(Anschrift)	(Tel.)	
(im Notfall alternativ zu verständigen, Name, Tel.)		
(Hausarzt / für Notfälle)	(Anschrift)	(Tel.)
Demenz diagnostiziert? / Art der Demenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		(Pflegevers.-stufe)
(weitere Diagnosen)	(Medikamente)	Patientenverfügung vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



### Derzeitige Lebenssituation

lebt  <input type="checkbox"/> im eigenen Haushalt <input type="checkbox"/> im Haushalt der Bezugs-person <input type="checkbox"/> im Pflegeheim  (Wohnsituation)	die Versorgung leistet  <input type="checkbox"/> überwiegend die Be-zugsperson <input type="checkbox"/> mobile Dienste (Essen auf Räder, Pflegedienste, etc.)  (Versorgungssituation)	nächtliche Unruhe  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> manchmal  (Wach-/Schlaf-rhythmus)
(Ess- und Trinkgewohnheiten)	(körperlich zu beachten, z.B. Allergien)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  (Inkontinenz)
(Tagesablauf zuhause, Tagesgestaltung, tägliche Aktivitäten, Gewohnheiten, Rituale...)		
(Persönliches Befinden, körperlich, psychisch, Krankheitseinsicht...)		
(Krankheitssymptome)	(Bes. Gewohnheiten, Bedürfnisse, beim Umgang zu beachten)	Kontakt zur BG über
Besuch der Betreuungsgruppe (BG) seit:		



### Stationen des Lebensweges

(Name, Beruf des Vaters)	(Name, Beruf der Mutter)
(Geburtsort des Gastes)	(Ort und Umstände des Aufwachsens, <i>Stadt / Land / Lebens- und Wirtschaftsverhältnisse</i> )
(Namen der Geschwister, Stellung in der Geschwisterreihe, gibt es Lieblingsgeschwister?)	
(Schulbildung, Berufsausbildung)	
(Berufstätigkeit des Gastes, Zeitraum, Tätigkeit, Firma)	
(Eintritt ins Rentenalter, nähere Umstände)	
(Name, Beruf des Partners, Heirat, sonst. wichtige Angaben)	
(Name, Berufe der Kinder, Kosenamen, sonst. wichtige Angaben)	
(Enkel, Kosenamen, sonst. wichtige Angaben)	
(Wohnorte, Wohnortwechsel, evtl. Daten und Anlässe)	
(Sonstiges)	



### Persönlichkeit

(Charakter, Werte,...)
(Besondere Interessen und Vorlieben (Sport, Hobbys, Gartenarbeit, Kochen, Lesen, Musik, Theater, Religiosität, Politik, Verein, Ehrenämter, Tiere, Urlaube)
(Fähigkeiten und Kenntnisse, <i>Fremdsprachen, handwerkliche, musische, soziale, sonstige Fähigkeiten</i> )
(Geschichten und Anekdoten, die der Gast häufig erzählt(e), Sprüche, Schlüsselwörter)
(Lieblingslieder, -musik, biografisch bedeutsame Musik...)
(was sonst noch wichtig ist)

### Persönliche Lebensereignisse

(Freudige, bedeutsame Lebensereignisse)
(Kritische Lebensereignisse, <i>Erkrankung / Krieg / Flucht, Vertreibung / Scheidung / Todesfälle</i> )



### Soziale Kontakte

(Freundeskreis früher, heute)

(Namen wichtiger Personen, Kosenamen, Art des Verhältnisses)

Biografiebogen erstellt am:

Biografiebogen fortgeschrieben am:

# Checkliste Psychopharmaka

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Bisherige Medikation: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Herausfordernde Verhaltensweisen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alternative Interventionen:  
\_\_\_\_\_

Rücksprache:  Hausarzt  Apotheke  Betreuer

Bezugsperson  Therapeuten  Sonstige

Nebenwirkungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Risiken:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Weitere Maßnahmen:

Vitalwerte  Gewichtskontrolle  Sturzprophylaxe

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Nächste Evaluation: \_\_\_\_\_

## Sturzprophylaxe

Sturzrisikofaktoren	
Personenbezogene Risikofaktoren	<input type="checkbox"/> Beeinträchtigung funktioneller Fähigkeiten <input type="checkbox"/> z. B. Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung sensomotorischer Funktionen und/oder der Balance <input type="checkbox"/> z. B. Einschränkungen der Gehfähigkeit oder Balance-Störungen <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Gesundheitsstörungen, die mit Schwindel, kurzzeitigem Bewusstseinsverlust oder ausgeprägter körperlicher Schwäche einhergehen <input type="checkbox"/> Kognitive Beeinträchtigungen (akut und/oder chronisch) <input type="checkbox"/> Kontinenzprobleme <input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigungen <input type="checkbox"/> Sturzangst <input type="checkbox"/> Stürze in der Vorgeschichte
Medikamenten-bezogene Sturzrisikofaktoren	<input type="checkbox"/> Antihypertensiva <input type="checkbox"/> Psychotrope Medikamente <input type="checkbox"/> Polypharmazie
Umgebungsbezogene Sturzrisikofaktoren	<input type="checkbox"/> Freiheitsentziehende Maßnahmen <input type="checkbox"/> Gefahren in der Umgebung (z. B. Hindernisse auf dem Boden, zu schwache Kontraste, geringe Beleuchtung) <input type="checkbox"/> Inadäquates Schuhwerk

Einschätzung durchgeführt am:

Datum						
Risiko						

Individuelles Wiederholungsintervall: \_\_\_\_\_

Einschätzung nach Sturz: \_\_\_\_\_

Aktualisiertes Wiederholungsintervall: \_\_\_\_\_

Planung prophylaktischer Maßnahmen in der Pflegeplanung?

Ja  Nein

Beratung des  Patienten/Bewohners

der Angehörigen/Bezugspersonen erforderlich?

Ja  Nein

Beratungsinhalte:

---

---

Hilfsmittel:

---

---

Wohnraum- bzw. Umfeldanpassung:

---

---

Beratungsergebnis:

---

---

Die unten aufgeführte Bedarfsmedikation gilt, sofern die Anordnung »Standard Bedarf Schlafstörungen« und solange keine andere Bedarfsmedikation angeordnet ist.

### Allgemeine Regeln

- Schlafmittel möglichst vermeiden
- Benzodiazepine zur Behandlung von Schlafstörungen nur im Ausnahmefall
- Schlafmedikamente allgemein nicht nach 24 Uhr verabreichen  
(Ausnahme siehe unten)

### 1. Schritt: Zopiclon

- Beginn mit 3,75 mg Zopiclon
- Bei fehlender Wirkung nach einer halben Stunde erneut 3,75 mg Zopiclon
- Bei Patienten, die bereits mit 7,5 mg Zopiclon vorbehandelt worden sind, gegebenenfalls sofort 7,5 mg Zopiclon verabreichen
- Maximale Dosis 7,5 mg Zopiclon pro Nacht

### 2. Schritt (bei mangelnder Wirksamkeit von Zopiclon): Pipamperon

- Beginn mit 20 mg Pipamperon, vorzugsweise als Saft (20 mg = 5 ml Saft)
- Bei fehlender Wirkung nach einer halben Stunde erneut 20 mg Pipamperon (kann wiederholt werden, bis maximal 80 mg pro Nacht)
- Bei Patienten, die bereits mit der höheren Dosis vorbehandelt worden sind, gegebenenfalls sofort 40–60 mg Pipamperon verabreichen
- Maximale Dosis 80 mg Pipamperon pro Nacht

### Bedarfsmedikation nach 24 Uhr

Nur verabreichen, wenn in dieser Nacht noch keine Schlafmittel als Bedarf gegeben worden sind. Nach 3 Uhr morgens keine Schlafmittel mehr!

Falls unumgänglich:

- 1. Schritt: 2 mg Melatonin (*Circadin*)
- 2. Schritt: Bei fehlender Wirksamkeit nach 30 Minuten erneut 2 mg Melatonin
- Falls bei einer vorherigen Gabe 2 mg Melatonin nicht erfolgreich waren, kann sofort einmalig 4 mg Melatonin gegeben werden
- 3. Schritt: einmalig 20 mg Pipamperon

### Vorgehen bei Patienten, bei denen vorwiegend Einschlafstörungen vorbekannt sind (keine Durchschlafstörung)

- 1. Schritt: 2 mg Melatonin (*Circadin*)
- 2. Schritt: Bei fehlender Wirksamkeit nach 30 Minuten erneut 2 mg Melatonin
- Bei fehlender Wirksamkeit nach 30 Minuten: Vorgehen wie oben beschrieben

**Mannheimer Stufenschema zur medikamentösen Bedarfsbehandlung von Insomnie im höheren Lebensalter im stationären Behandlungsrahmen**  
Schwarz S, Fröhlich L, Deuschle M, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim

# Literatur

---

## Bücher, Zeitschriften

- Becker S, Kaspar R, Kruse A (2011) H.I.L.D.E. Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker in stationären Pflegeeinrichtungen. Verlag Hans Huber, Bern
- BMG (Hrsg.) (2007) Rahmenempfehlungen des Bundesgesundheitsministeriums im Bereich der stationären Pflege für den Umgang mit psychischen und Verhaltenssymptomen bei Demenzerkrankten. Publikationen des BMG, Berlin
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (2009) Stellungnahme der DGGPP Antipsychotika bei Demenz. Wiehl
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN); Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.) (2010) Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
- Deutsche Gesellschaft für Schlaforschung und Schlafmedizin (DGSM) (2009) S3-Leitlinie Nicht erholssamer Schlaf – Schlafstörungen. Somnologie 13; Supplement
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) (2012) Memorandum der DGSP zur Anwendung von Neuroleptika. Eigenverlag, Köln
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2013) Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2013, Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück
- DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2011) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung 2011, Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück
- Döbele M, Schmidt S (2013) Demenzbegleiter. 2. Aufl., Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
- Dormann H Sonst A (2013) Unerwünschte Arzneimittelereignisse bei älteren Notaufnahmepatienten. Deutsches Ärzteblatt 110: 2013ff.
- Feil N, de Klerck-Rubin V (2013) Validation. Ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen. 10. Aufl. Ernst Reinhardt Verlag, München
- Gaßmann M, Marschall W, Utschakowski J (2006) Psychiatrische

- Gesundheits- und Krankenpflege. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
- Haberstroh J, Pantel J (2011) Kommunikation bei Demenz – TANDEM Trainingsmanual. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
- Halek M, Bartholomeyczik S (2006) Verstehen und Handeln Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover
- Hamburg M, Entzian H, Huhn S, Kämmer K (2003) Gewaltvermeidung in der Pflege Demenzkranker. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart
- Heilberufe spezial Demenz (2009) Redaktion Heilberufe, Urban und Vogel, Berlin
- Held C (2013) Was ist »gute« Demenzpflege?, Verlag Hans Huber, Bern
- Heuwinkel-Otter A, Nümann-Dulke A, Matscheko N (2006) Menschen pflegen. Band 2. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
- Holt S, Schmidl S, Thürmann PA (2010) Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. Dtsch Arztbl Int 107 (31–32): 543–51
- James IA (2013) Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Verlag Hans Huber, Bern
- Laux G, Dietmaier O (2013) Psychopharmaka. 9. Aufl. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
- MDS Medizinischer Dienst des Spaltenverbandes Bund der
- Krankenkassen (2009) Grundsatzzustellungnahme Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Essen
- Milisen K, De Maesschalck L, Abraham I (2004) Die Pflege alter Menschen in speziellen Lebenssituationen. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
- Perrar KM, Sirsch E, Kutschke A (2011) Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe. 2. Aufl. Thieme, Stuttgart
- Pfeuffer S, Hahn M, Roll SC (2014) Medikationsmanagement gemeinsam verbessern. Die Schwester Der Pfleger 2: 182 ff.
- Plötz H. (2014) Pflegemini Arzneimittel. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
- Prouty G, Pörtner M, van Werde D (2014) Prä-Therapie. 4. Aufl. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart
- Rote Liste 2014 (2014) Arzneimittelverzeichnis für Deutschland. Rote Liste Service GmbH, Frankfurt
- Schloffer H, Gabriel I, Prang E (2014) 23 Stundenkonzepte für Menschen mit Demenz. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
- Schmidt S (2012), Expertenstandards in der Pflege – eine Gebrauchsanleitung. 2. Aufl. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
- Schneberger M, Jahn S, Marino E (2008) »Mutti lässt grüßen...«. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover
- Schwalbe O Freiberg I Kloft C (2007) Die Beers-Liste. MMP Medizinische Monatsschrift für

- Pharmazeuten 7, Deutscher Apotheker Verlag, Stuttgart
- Specht-Tomann M (2009) Biografiearbeit. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
- Stöhr U (2007) Seniorenspielbuch. Springer-Verlag, Wien
- Van der Kooij C (2010) Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell. Verlag Hans Huber, Bern
- Wehling M, Burkhardt H (2011) Arzneitherapie für Ältere. 2. Aufl. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
- [\(Leitlinie\)](http://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien/leitlinien0.html)
- [\(Leitlinie\)](http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Demenz_Start/DemenzHintergruende/demenzhintergruende.html)
- [\(Erstellen eines Erinnerungsalbums\)](http://www.kda.de/files/tueren/tuerenoeffnenprobe2.pdf)
- [\(PRISCUS-Liste\)](http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf)
- [\(Informationen zum Krankheitsbild Demenz\)](http://www.neuro24.de/index.html)
- [\(Beschäftigung, Filme\)](http://www.ilsesweitewelt.de/)

## Internet

- [\(Rote-Hand-Briefe\)](http://www.akdae.de/index.html)
- [\(Biografiebogen\)](http://www.alzheimer-bw.de)
- [\(Nebenwirkungen\)](http://www.bfarm.de/DE/Home/home_node.html)
- [\(Rahmenempfehlung\)](http://www.bmg.bund.de/)
- [\(vielfältige psychotherapeutische Informationen\)](http://www.bptk.de/)
- [\(Informationen zu Schlafstörungen\)](http://www.charite.de/dgsm/dgsm/index.php)
- [\(Leitlinien\)](http://www.demenz-leitlinie.de/)
- [\(Informationen zur Demenz\)](http://www.demenz-service-nrw.de/)
- [\(Interessante Links\)](http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=40#c772)
- [\(vielfältige Informationen\)](http://www.dgppn.de/)

# Stichwortverzeichnis

## A

Absetsyndrom 37  
Acetylcholin 20, 28  
Acetylcholinesterase-Inhibitoren 20  
Aggression 128  
Aktivierung 94  
Alltagskompetenz 20, 25  
Alltagstraining 116  
Amitriptylin-Typ 30  
Angebote, demenzspezifische 78  
Angehörige 101  
Ängste 41, 46, 83  
Anordnung, schriftliche 2  
Anspannung 46  
Anticholinerges Syndrom 32  
Antidepressiva 28  
Antidepressiva, tetrazyklische 31  
Antidepressiva, trizyklische 30  
Antipsychotika 58  
– atypische 64  
Antrieb 41  
Apotheker 16  
Applikation, transdermale 13  
Aromatherapie 96  
Assessment 102  
Atypika 64

## B

Barbiturate 50  
Bedarfsmedikation 2  
Beers-Liste 7  
Beipackzettel 12  
Benzodiazepin-Antagonist 50

Benzodiazepine 44  
– Halbwertszeit 44  
– Missbrauch 47  
Benzodiazepinrezeptor-Agonisten 50  
Betäubungsmittelgesetz 44  
Betreuung, gesetzliche 15  
Bewegungsdrang 100  
Bewegungsstörung 126  
Biografie 114

## C

Cohen Mansfield Agitation Inventory 87  
Compliance 8  
Creatinkinase 61

## D

Deeskalation 128  
Dekubitusrisiko 67  
Delir 87  
Dementia Care Mapping 104  
Demenz 80  
– Stadien 20  
– Symptome 25  
Depression 41  
– Symptome 41  
Desipramin-Typ 30  
DGPP 21  
DGPPN 91  
Dopamin 28, 58  
Durchschlafmittel 44

## E

- Einschlafmittel 44
- Einschlafstörung 44
- EKG 21
- Entlastung 82
- Entzugssymptome 49
- EPMS 59
- Erfahrungen, existenzielle 121
- Ergotherapie 93
- Erinnerungsalbum 123
- Erinnerungsarbeit 123
- Ernährung 100
- Ersatzhandlungen 112
- Eskalation 81
- Evaluation 125
- Exsikkose 68

## F

- Feil, Naomi 109
- Finanzierung 5
- Frühdyskinesie 60

## G

- Gefahren 124
- Gehirndoping 24
- Gesundheitsfürsorge 15
- Gewichtsverlust 67, 127
- Glutamat-Rezeptor 22
- Grundsatzstellungnahme 102

## H

- Haltbarkeit 12
- Hangover 46
- Herz-Kreislauf-Probleme 126
- Hilfsmittel 117

- Histamin 28
- Humor 107
- Hypnotika 50

## I

- Imipramin-Typ 30
- Inkontinenz 37, 70
- Insomnie 41, 44, 54
  - akute 55
  - chronische 55
- Interventionen, psychosoziale 92
- Intoxikation 32
- Isolation 74

## J

- James, Ian Andrew 134
- Johanniskraut 40

## K

- Kitwood, Tom 104
- Kognitives Training 92
- Kommunikation 108
- Kontaktreflexion 133
- Kooperation 13
- Kumulation 46
- Kunsttherapie 95

## L

- Lavendelöl 40
- Leitlinie »Demenzen« 91
- Lichttherapie 98

# M

- Mäeutik 106  
Malignes neuroleptisches Syndrom 61  
MAO-Hemmer 29, 33  
Massage 97  
Medikamentenmanagement 14  
Medikamentenplan 3  
Medikationsfehler 5  
Melatonin 37  
Melatoninagonisten 29, 37  
Mental Capacity Act 104  
Milieugestaltung 118  
Monoamine 28  
Monoaminoxidase 28  
Mörsern 11  
Multimedikation 6  
Musiktherapie 95

# N

- Nebenwirkungen, extrapyramidal-motorische 59  
Nervensystem, zentrales 20  
Neuroleptika 58  
– atypische 58  
– hochpotente 59  
– klassische 58  
– mittelpotente 59, 61  
– niederpotente 59, 62  
Neurotransmitter 20, 28  
Newcastle Angebot 134  
NICE Leitlinie 104  
NMDA-Antagonisten 22  
N-Methyl-D-Aspartat 22  
Nootropika 23  
Noradrenalin 28

# O

- off-label-use 135  
Orientierungshilfen 120  
Orientierungsstörung 76

# P

- Palliativpflege 106  
Patienteninformation 12  
Pflanzliche Präparate 39  
Pflaster 13  
Polypharmazie 6  
Potenziell ungeeignete Medikamente 7  
PRISCUS-Liste 7  
ProDeMa® 132  
Profil des Wohlbefindens 71  
Prouty, Garry 133  
Psychose 58  
Psychotherapie 42

# Q

- Qualifikation 18

# R

- 5-R-Regel 2  
Raucherentwöhnung 39  
Reaktion, paradoxe 45  
Realitätsorientierungstraining 93  
Rebound-Phänomen 48  
Rehabilitation 102  
Reize 111  
Reminiszenz 92  
Resorption 3  
Richard, Nicole 111

**S**

- Schlaf 101  
 Schlafbedürfnis 53  
 Schlafhygiene 54  
 Schlafmittel 50  
 Schlafstörungen 84  
 Schluckstörung 10  
 Schmerz 67  
 Schwäche 78  
 Seelsorge 122  
 Selbsterhaltungstherapie 93  
 Selbstmedikation 52  
 Selektive Noradrenalin-Wieder-  
     aufnahmehemmer (SNRI)  
     29, 35  
 Selektive Serotonin-Noradrenalin-  
     Wiederaufnahmehemmer  
     (SSNRI) 29, 36  
 Selektive Serotonin-Wiederauf-  
     nahmehemmer (SSRI) 29, 34  
 Serotonin 28  
 Snoezelen 97  
 Spätdyskinesie 60  
 Sport 94  
 Sturzprophylaxe 127  
 Sturzrisiko 67  
 Sucht 47  
 Suizidversuch 31

**T**

- Tagesmüdigkeit 46  
 Tagesstruktur 117  
 Tagesstrukturierung 33  
 Tanztherapie 95  
 Theatertherapie 96  
 Therapiehoheit 14  
 Toleranzentwicklung 51  
 Trauma 41  
 Tryptophan 37  
 Tyramin 34

**U**

- Überdosierung 17  
 Überhang 46  
 Umgebung 76  
 Unruhe 55

**V**

- Validation 109  
 Validation, integrative 111  
 van der Kooij, Cora 106  
 Veränderungen, körperliche 3  
 Verhalten 74  
 Verhalten, herausforderndes 58, 85

**W**

- Wandering 100

**Z**

- Zehn-Minuten-Aktivierung 107  
 ZOPA© 85  
 Z-Substanzen 50  
 Zwangsmedikation 9